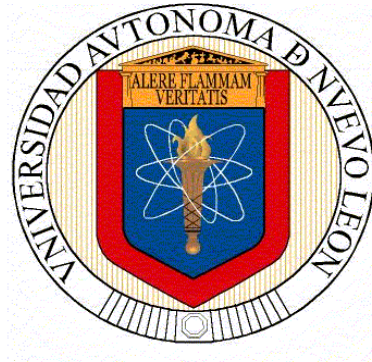


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**“VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON
CÁNCER DE MAMA Y SU CUIDADOR PRINCIPAL”**

Por

JUDITH ESTEFANÍA VÁZQUEZ MATA

Como requisito parcial para obtener el grado de

**MAESTRÍA EN CIENCIAS
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

OCTUBRE 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD



VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON
CÁNCER DE MAMA Y SU CUIDADOR PRINCIPAL

TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS

PRESENTA:

LIC. JUDITH ESTEFANÍA VÁZQUEZ MATA

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. DEHISY MARISOL JUÁREZ GARCÍA

MONTERREY, N. L., MÉXICO, OCTUBRE DE 2018

**COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRÍAS DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA DE UANL
P R E S E N T E.-**

Por la presente nos dirigimos a ustedes para comunicarles que, después de haber revisado las correcciones sugeridas al PRODUCTO INTEGRADOR titulado “

VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON
CÁNCER DE MAMA Y SU CUIDADOR PRINCIPAL”

presentado por JUDITH ESTEFANIA VÁZQUEZ MATA egresado en el
período escolar: ENERO 2015 - DICIEMBRE 2016 de la Maestría en
Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud

lo consideramos **ACEPTADO** para su defensa.

Sin otro asunto de momento, quedamos a sus órdenes.

Dehisy M. Juárez G.
NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS

[Firma]
FIRMA

24/11/17
FECHA

ARILDO H. GARCÍA CADENA
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS

[Firma]
FIRMA

29/01/18
FECHA

Enrique García García
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS

[Firma]
FIRMA

27/04/18
FECHA

DEDICATORIA

Dedicado a Dios por la bendición de permitirme vivir esta experiencia de aprendizaje.

A mi familia, que me acompañó con su apoyo a través de su comprensión, escucha y palabras, en todo el proceso, y que la satisfacción de esto fue compartirles la experiencia vivida y alcanzar un logro más juntos, en especial a mi mamá por ser mi más grande motor.

Este proyecto está dedicado a cada mujer que compartió su vivencia y experiencia del proceso oncológico conmigo, que expresó la adversidad por la cual estaba pasando, que mencionó su sufrimiento y dolor entre respuestas, pero que al final, entre miradas guardaba la esperanza de este camino, y si su mirada no transmitía esperanza, los ojos de su cuidador lo hacían por ella.

Por lo tanto este estudio también está dedicado a estas personas que acompañan a los pacientes en su proceso, llamados “cuidadores” que viven y sienten cada paso que el paciente da, convirtiendo esta travesía en un acto de amor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Dehisy Juárez García, mi directora de mi tesis, por el apoyo constante y comprensivo que me ha ofrecido, por su ejemplo de trabajo el cual me ha contagiado de lo maravilloso de la investigación y de las habilidades que ahora poseo. Gracias por compartir su gran conocimiento en este, nuestro proyecto.

También quiero expresar un agradecimiento al Mtro. Enrique García García, quien también forma parte del Comité de Tesis, por haberme impulsado a seguir en el camino del conocimiento desde que impactó mi vida en decimo semestre, gracias por ser un maestro de escucha y motivación.

Así como al Dr. Cirilo Humberto García Cadena por formar parte del Comité de Tesis y sobre todo, porque fue uno de mis modelos a seguir desde sexto semestre que conocí el equipo de investigación de Psicología de la Salud, a quien admiro y agradezco sus valiosas aportaciones al presente trabajo.

Agradezco a los médicos con los cuales aprendí el arte de la atención hospitalaria y me apoyaron en cada paso para que esto se lograra desarrollar. En especial al Dr. Absalón Espinoza Velazco, quien dio apertura para que este estudio pudiera realizarse, y que, con su apoyo y sentido humano obtuve una de las mejores experiencias profesionales.

Agradezco al Dr. Cesar Saldívar, por permitirme aprender de su gran experiencia en el área y concederme el observar la gran calidad profesional y personal que tiene hacia sus pacientes. Del mismo modo agradezco al Dr. Daniel Valencia y al Dr. Manuel González Geroniz por brindarme su apoyo hacia este proyecto y dejarme aprender de su gran sabiduría. Y con gran cariño agradezco a la Dra. Sandra García por compartirme sus conocimientos.

Agradezco a cada residente que con paciencia explicaba mis dudas y que a través de la observación en su relación con el paciente aprendí la valiosa esencia de la calidad y entrega, en especial al Dr. José Luis Vázquez, Dr.

Eduardo Bañuelos, Dra. Montserrat Gutiérrez y Dra. Daniela Delgado; del mismo modo agradecida con cada enfermero que me acompañó en el proceso, en especial a mi amiga y enfermera Laura Martínez.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el apoyo económico que me brindó al otórgame la beca para la realización de mis estudios.

Al actual Director Dr. Álvaro Ascary Aguillón, por el apoyo que me han brindado para cursar la Maestría. Y a todas las personas que contribuyeron de una forma u otra en la realización de este trabajo.

RESUMEN

El cáncer de mama ha sido diagnosticado con más frecuencia en la mujer, dicha enfermedad no sólo afecta la calidad de vida de las pacientes, sino también la de familiares y amigos cercanos. La calidad de vida del paciente se ve afectada positivamente por las dimensiones: función social, bienestar y vitalidad del cuidador. El objetivo de esta tesis fue evaluar, comparar y correlacionar las variables psicológicas (optimismo, apoyo social, carga, depresión y ansiedad) y calidad de vida del cuidador principal y de la paciente con cáncer de mama después de cirugía (T1) y durante tratamiento adyuvante (T2), así como determinar la variable que más influye en la calidad de vida del cuidador. Se utilizó un diseño de tipo correlacional, longitudinal, con una muestra 35 diadas. Se aplicó: Cuestionario de Calidad de Vida-Cáncer (QLQC-30), Índice Calidad de Vida de los Cuidadores: cáncer (CQOLC), Optimismo como Estilo Interactivo de Personalidad (OIS-García), Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11, Escala de Carga de Zarit, y Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), en Unidad Médica de Altas Especialidades No. 25 del IMSS, Monterrey. La calidad de vida del cuidador y de la paciente no presenta cambios significativos entre T1 y T2; en cuanto a las variables psicológicas se observaron cambios significativos en ansiedad y depresión para el cuidador, y para el paciente en ansiedad y apoyo social, las cuales disminuyeron en T2. Se encontraron relaciones significativas entre: calidad de vida del cuidador (CQOL), optimismo, sobrecarga, ansiedad y depresión del cuidador; y entre CQOL, depresión, optimismo y calidad de vida del paciente (QLQ). Las variables predictoras de la calidad de vida del cuidador son: optimismo del paciente, ansiedad, depresión y sobrecarga del cuidador, explicando el 75% de la varianza.

Palabras clave: Cáncer de mama, cuidador principal, calidad de vida, optimismo, apoyo social, carga, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Breast cancer has been diagnosed more frequently in women, this disease not only affects the quality of life of patients, but also that of close relatives and friends. The quality of life of the patient is positively affected by the social function, well-being and vitality of the caregiver. The objective of this thesis was to evaluate, compare and correlate the psychological variables (optimism, social support, burden, depression and anxiety) and quality of life of the primary caregiver and the patient with breast cancer after surgery (T1) and during treatment adjuvant (T2), as well as determine the variable that most influences the quality of life of the caregiver. A correlational, longitudinal type design was used with a 35 dyadic sample. The following were applied: Quality of Life Questionnaire-Cancer (QLQC-30), Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC), Optimism as Interactive Personality Style (OIS-García), Functional Social Support Questionnaire Duke-UNC-11, Zarit Burden Interview, and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), in Medical Unit of High Specialties No. 25 of the IMSS, Monterrey. The quality of life of the caregiver and the patient does not show significant changes between T1 and T2; regarding the psychological variables, significant changes were observed in anxiety and depression for the caregiver, and for the patient in anxiety and social support, which decreased in T2. Significant relationships were found between: quality of life of the caregiver (CQOL), optimism, burden, anxiety and depression of the caregiver; and between CQOL, depression, optimism and quality of life of the patient (QLQ). The predictor variables of the quality of life of the caregiver are: patient optimism, anxiety, depression and caregiver burden, explaining 75% of the variance.

Keywords: Breast cancer, primary caregiver, quality of life, optimism, social support, burden, anxiety, depression

ÍNDICE

Agradecimientos.....	iv
Resumen.....	vi
CAPÍTULO I.....	10
INTRODUCCIÓN.....	10
Definición del Problema	16
Justificación de la Investigación.....	17
Objetivo General	19
Objetivos específicos:.....	19
Hipótesis	19
Limitaciones y Delimitaciones	20
CAPÍTULO II.....	21
MARCO TEÓRICO.....	21
I.- VARIABLES PSICOLÓGICAS.....	21
Optimismo	22
Apoyo Social	24
Carga.....	26
Ansiedad	28
Depresión	30
2.- CALIDAD DE VIDA.....	32
3.- CUIDADOR.....	34
4.- CÁNCER.....	36
Epidemiología.....	37
Cáncer de mama.....	41
Tratamiento	44
CAPÍTULO III.....	47
MÉTODO.....	47
PARTICIPANTES	47

APARATOS E INSTRUMENTOS	52
PROCEDIMIENTO.....	55
Diseño utilizado	55
Procedimiento	55
Análisis de Datos.....	56
CAPÍTULO IV	57
RESULTADOS	57
CAPÍTULO V	63
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS.....	87

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1.	Características sociodemográficas de los participantes.	51
Tabla 2.	Características de tratamiento oncológico de los pacientes.	52
Tabla 3.	Comparación de calidad de vida y variables psicológicas	59
Tabla 4.	Correlaciones de calidad de vida y variables psicológicas del cuidador	60
Tabla 5.	Correlaciones de calidad de vida del cuidador y calidad de vida, variables psicológicas del paciente	61
Tabla 6.	Análisis de Regresión de calidad de vida del cuidador en T1	62
Tabla 7.	Análisis de Regresión de calidad de vida del cuidador en T2.	63

Figuras

Figura 1.	Incidencia de cáncer de mama.	40
Figura 2.	Defunciones por neoplasia en Nuevo León, en el 2012.	41

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015 a) entre los cánceres diagnosticados con mayor frecuencia en la mujer está el cáncer de mama en estadísticas del 2012 por la OMS.

El cáncer afecta no sólo la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad sino también influye en la de sus familiares y amigos cercanos. El impacto en diversos aspectos de la calidad de vida de los cuidadores de enfermos crónicos es importante en toda la trayectoria de la enfermedad (Kim & Given, 2008). El cuidador principal o primario es visto por los otros miembros de la familia como la persona responsable del cuidado del enfermo, no tiene previamente un acuerdo explícito para realizar las tareas, asume todas las responsabilidades que conlleva el cuidar al enfermo, se ocupa de las necesidades que el paciente demande, no recibe retribución económica y frecuentemente es un miembro de la familia, por lo general su esposo(a), hijo(a) o alguien que es significativo para el paciente (Astudillo & Mendinueta, 2008).

Los cuidadores tienen un papel importante en el cuidado y la recuperación de los pacientes con cáncer, ellos pueden experimentar problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad y la disminución de la calidad de vida (Heidari et al., 2012). Los cuidadores familiares de pacientes con cáncer se convierten en responsables de muchos elementos de la atención del cáncer, por lo general sin la preparación o capacitación en la prestación de la atención. Sus esfuerzos de atención generan carga de cuidados, lo que podría deteriorar su calidad de vida (Rha, Park, Song, Lee & Lee, 2015).

Se ha observado que la calidad de vida del enfermo se ve favorecida por diversos aspectos del cuidador, como lo es el bienestar, la función social y la vitalidad, esto quiere decir que la presencia de un cuidador que tiene una adecuada percepción de su salud, valoración positiva de su energía y vitalidad y que posee una valoración positiva de su vida social, contribuye a una mejor percepción de calidad de vida en el paciente (Caqueo-Uribe, Segovia-Lagos, Urrutia-Urrutia, Castillo, & Navarro, 2013).

Kim y Spillers (2010) proporcionan evidencia que los cuidadores familiares reportan niveles de calidad de vida similares a los de las muestras normativas, los resultados se obtuvieron alrededor de 2 años después del diagnóstico de cáncer de sus familiares, con la diferencia de que son más propensos a experimentar una mayor conciencia de la espiritualidad que personas que experimentan una enfermedad crónica, estos mismos autores realizaron en el 2012 una investigación, 5 años después del diagnóstico de sus familiares, donde se reportaron diferentes niveles de calidad de vida de acuerdo a la situación actual del paciente. Los cuidadores cuyos sobrevivientes estaban en remisión, habían experimentado menor estrés asociado con el cáncer de su familiar 2 años después del diagnóstico, en contraste, los cuidadores cuyo familiar había fallecido experimentaron los más altos niveles de estrés asociados al cáncer, cuando ellos proporcionaron el cuidado al paciente (Kim, Spillers, & Hall, 2012).

Khanjari, Oskouie y Langius-Eklöf (2012) mostraron que los cuidadores de mujeres con cáncer de mama, aumentaron significativamente en la calidad de vida en general entre el momento del diagnóstico y 6 meses después del diagnóstico, sin embargo los cuidadores informaron de una disminución en el uso de habilidades de afrontamiento, esto muestra que los cuidadores familiares luchan para hacer frente a la situación.

Los resultados de Weitzner, Jacobsen, Wagner, Friedland y Cox (1999) en una

muestra de cuidadores familiares de pacientes con cáncer de mama, de pulmón y próstata, refieren que el aumento de la salud mental en general, se asocia con una mejor calidad de vida, mientras que más angustia emocional y mal estado funcional del paciente se asocian con peor calidad de vida en los familiares de los pacientes.

Dentro de las características de género de los cuidadores, se menciona que los cuidadores conyugales mujeres, en general, sufrieron más morbilidad mental (mayores niveles de angustia, la depresión y la ansiedad, los niveles más bajos de salud mental), la morbilidad física (las puntuaciones más bajas de salud física, peor funcionamiento físico y la pérdida de la fuerza física) y la morbilidad social (satisfacción marital inferior, menos apoyo social) que los cuidadores conyugales masculinos (Li & Loke, 2013). Los cuidadores varones son más propensos a valorar la experiencia de la prestación de cuidados como impulsar su autoestima (positivo) que las mujeres cuidadoras, mientras que las hijas adultas aprecian la experiencia muy estresante (negativo) y los hijos aprecian la experiencia como menos estresante (Kim, Baker, & Spillers, 2007). Por lo tanto las mujeres están en un alto riesgo de ser víctimas de una variedad de morbilidades debido a su experiencia de cuidado (Li & Loke, 2013).

En la relación del paciente con el cuidador siendo éste su pareja, se encontraron resultados que mencionan que tener una razón en la vida se asocia con la puntuación total de la adaptación positiva y la calidad de vida del cuidador (cónyuge), mientras que el ingreso mensual del hogar y el consumo de cigarrillos se asociaron con preocupación financiera, por lo tanto tener una razón y propósito en la vida, que es un aspecto de la espiritualidad, fue un factor relevante en la calidad de vida de los cuidadores (Son et al., 2012).

Las dimensiones social/familiar y funcionales de la calidad de vida del paciente y la puntuación total de la calidad de vida del mismo se asociaron con la calidad de vida de sus cuidadores (cónyuges). Factores que influyen en la relación entre los

pacientes y los cuidadores incluyen: el diagnóstico de cáncer, la duración de la hospitalización, la intensidad y la duración de la prestación de cuidados, la satisfacción de la relación de pareja y el cuidado de la autoestima (Chen, Chu, & Chen, 2004).

Los cuidadores son parte del proceso de salud-enfermedad del paciente, y evaluar al paciente como al cuidador es importante. Khanjari et al. (2012 a) mencionaron que es esencial identificar a los cuidadores más vulnerables a partir del método de evaluación. Chen et al. (2004) señalaron que los aspectos sociales y funcionales de la calidad de vida de los pacientes juegan un papel importante en la determinación de la calidad de vida de sus cuidadores cónyuge.

El optimismo es un predictor significativo de resultados positivos de salud física (Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009). Juárez y Landero (2009) mencionan que el optimismo y el estrés son variables predictoras de la salud percibida en mujeres con cáncer de mama. Se ha observado que las mujeres con cáncer de mama optimistas, parecen tener una mejor salud psicológica, salud social y salud ambiental (Mera & Ortiz, 2012).

Además sienten menos ira, menos dolor, manifiestan tener menos dificultades en sus movimientos, se sienten menos cansadas, duermen mejor, continúan con sus quehaceres diarios en casa, sienten más ilusión, menos miedo (Pastells & Font, 2014). Las mujeres que eran más pesimistas sobre su vida en general, reportaron más enfermedades relacionadas con la interrupción en actividades sociales y recreativas (Carver, Lehman, & Antoni, 2003). Por el contrario, pesimismo conduce a una mayor angustia emocional en pacientes con cáncer de mama (Carver et al., 1993).

Applebaum et al. (2014) encontraron que el optimismo es significativamente asociado con un menor número de síntomas ansiosos y depresivos, menos desesperanza y una mejor calidad de vida, mientras que el apoyo social se

asoció significativamente con una mejor calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

En los pacientes de cáncer y sus parejas, los resultados indicaron que un alto optimismo disposicional se asoció con menos ansiedad y síntomas depresivos; las parejas femeninas muestran más síntomas de depresión y ansiedad que las parejas masculinas (Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, Lipsanen, & Hietanen, 2010). Por lo que es importante evaluar los efectos de esta variable en los cuidadores de pacientes con cáncer.

Facilitar el apoyo social y fomentar expectativas positivas puede ayudar a las mujeres a hacer frente a las demandas estresantes de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (Friedman et al., 2006), mientras que el estrés y la falta de apoyo social son predictores significativos de mayores síntomas depresivos (Kim, Carver, Rocha-Lima, & Shaffer, 2013). El apoyo social tiene efectos que benefician la salud mental y física; se menciona que en algunas circunstancias brindar apoyo social proporciona los mismos beneficios que el recibirlo (Taylor, 2011).

Por otra parte, los cuidadores desempeñan un papel vital en el cuidado de pacientes con cáncer, los cuidados ejercen una carga física y psicológica; la carga de cuidado no sólo puede poner en peligro la calidad de vida de los cuidadores (cónyuges), sino también la calidad de la atención y el apoyo que son capaces de proporcionar (Milbury, Badr, Fossella, Pisters, & Carmack, 2013).

En consecuencia, la carga del cuidador también puede influir negativamente en el ajuste psicológico de los pacientes. La carga de cuidado es problemática para los pacientes y los cuidadores (Milbury et al., 2013). Se ha encontrado que el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes oncológicos es alto en el 79.4%, así mismo en los aspectos físicos, psíquica, social y económica se reportó el mismo comportamiento (Vega, Ovallos, & Velásquez, 2012). Esto evidencia la intensa carga que resulta el cuidado de un paciente oncológico.

En un estudio con dos grupos uno de cuidadores de pacientes con dolor crónico y otro de cuidadores de pacientes terminales, ambos grupos rebasaron el punto de corte del nivel de sobrecarga. Fueron los cuidadores de pacientes terminales quienes presentaron mayores síntomas depresivos y mayor percepción de impacto en su estado de ánimo. Los cuidadores tienen sintomatología afectiva que necesita atención, el tipo de paciente influye en la sintomatología depresiva (Alfaro-Ramírez et al., 2008).

Los cuidadores, asumiendo las responsabilidades del cuidado de los pacientes, están involucrados en el cuidado emocional y físico que puede conducir a síntomas depresivos, a partir de este punto Yang et al. (2012) muestran que las personas que cuidan a los padres y los cuidadores conyugales, son los que sufrieron mayores niveles de síntomas depresivos que las de otro tipo de relación familiar con el paciente.

Lee et al. (2013) encontraron que un 50.9% de los cuidadores familiares estaban en riesgo para la ansiedad y un 32.1% estaban en riesgo para la depresión antes del primer tratamiento de los pacientes. La ansiedad y la depresión de los cuidadores familiares se relacionaron significativamente con cuatro factores: el cuidado de un familiar enfermo, edad más joven, problemas de dolor y menor autoeficacia en el manejo de los síntomas. Las características demográficas y la carga de cuidado subjetiva de los cuidadores, son los predictores más significativos de los síntomas depresivos (Yang et al., 2012).

En cuanto al paciente, los resultados de Ornelas-Mejorada, Tufiño y Sánchez-Sosa (2011) señalan que casi un tercio del total de pacientes presentan sintomatología ansiosa y depresiva durante la fase de radioterapia dentro de su tratamiento. Las mujeres con sintomatología depresiva reportaron más molestias derivadas del tratamiento que las mujeres sin esa sintomatología, las puntuaciones de sintomatología depresiva aumentarían en las semanas debido al

aumento del número de los efectos secundarios y su intensidad, al final del tratamiento muy probablemente la paciente seguiría tendiendo sintomatología ansiosa y depresiva.

Vodermaier, Linden, MacKenzie, Greig y Marshall (2011) indican que el tipo de cáncer puede ejercer una fuerte influencia sobre la relación entre el estadio de la enfermedad y la ansiedad o la depresión que el paciente pueda manifestar. Rajandram et al. (2011) mencionan que cuando los pacientes hacen frente a la depresión, la acción propia de la esperanza y las expectativas positivas como lo es el optimismo, son importantes para que el paciente supere con éxito su proceso.

Definición del Problema

En base a revisión de la literatura de estudios que miden la calidad de vida en los pacientes con cáncer de mama, en su mayoría son transversales (Reich & Remor, 2010). El mismo caso se presenta para las investigaciones en cuidadores, ya que la mayoría de los estudios solo describe la calidad de vida y las variables psicológicas que la afectan, sin embargo el diseño no permite la evaluación de los cambios en el tiempo, como adaptarse a su papel, necesitando más estudios en esta fase y en otras fases de la trayectoria de la enfermedad para apoyar la generalización de los hallazgos (Puerto & Carrillo, 2015; Williams, Holmes, Dixon, & McCorkle, 2013).

De igual manera se menciona la importancia y la necesidad de evaluación periódica de la calidad de vida para identificar a los cuidadores familiares más vulnerables (Khanjari et al., 2012).

Es conocido que la función que desempeña el cuidador principal con los pacientes con cáncer puede generarle problemas de salud tipo físico y también

de tipo mental (Barrón & Alvarado, 2009). Además, la relevancia de que el cuidador sea evaluado nace de resultados de estudios anteriores que evidencia el impacto que genera la figura del cuidador en la calidad de vida de un paciente oncológico donde la calidad de vida de la persona con cáncer se ve afectada de forma positiva por las dimensiones función social, bienestar y vitalidad del cuidador (Caqueo-Urizar et al., 2013).

Por lo antes mencionado, surge la necesidad de analizar la relación de variables psicológicas entre pacientes con cáncer de mama y su cuidador principal en dos tiempos del tratamiento, con el propósito de conocer el impacto de la relación entre ambas figuras y promover el papel del cuidador como parte importante de la calidad de vida del paciente.

Lo anterior nos lleva a formular las siguientes preguntas de investigación:

¿Cómo se relacionan las variables psicológicas de la paciente con cáncer: optimismo, ansiedad, depresión, apoyo social y calidad de vida con las variables psicológicas del cuidador en los dos momentos del tratamiento?

¿Cuál es la variable que más influye en la calidad de vida del cuidador?

Justificación de la Investigación

A nivel mundial, el cáncer es responsable de un número importante de muertes, la Organización Mundial de la Salud señala que dicho padecimiento es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Los cánceres diagnosticados con más frecuencia en la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago en el 2012 (OMS, 2015 a). El cáncer de mama siendo el más común en todo el mundo entre las mujeres, está aumentando especialmente en los países en desarrollo, donde se diagnostican en fases avanzadas en la mayoría de los casos (OMS, 2015 c).

En dicho padecimiento cada persona afectada tiene que realizar una lucha constante para tratar de sobrevivir a una enfermedad desgastante y demandante que exige esfuerzos tanto del paciente como de su familia (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2014 b).

El diagnóstico de cáncer de mama no sólo afecta la calidad de vida del paciente, en paralelo, también afecta a la calidad de vida del cuidador principal (Obaidi & Al-Atiyyat, 2013). En la actualidad la evaluación de la calidad de vida en pacientes oncológicos presenta su mayor auge, ya que se ha convertido en un problema de salud pública, en un estudio desarrollado con pacientes diagnosticados con cáncer avanzado y sus respectivos cuidadores, se observa que la calidad de vida del paciente se ve favorecida por el estatus del cuidador (Caqueo-Urizar et al., 2013). De esta manera se considera importante hacer énfasis en el papel del cuidador, por el impacto de su presencia en el proceso de enfermedad del paciente.

La importancia que implica realizar el estudio en dos tiempos del tratamiento es a partir de hallazgos como los de Kim y Given (2008) donde mencionan que el impacto en diversos aspectos de la calidad de vida de los cuidadores primarios de personas con cáncer es importante en toda la trayectoria de la enfermedad, ya que indican que la calidad de vida de los cuidadores varía a lo largo del proceso de la enfermedad; de esta manera sobresale la importancia de evaluar el ajuste continuo de los cuidadores.

La implicación de este estudio será aportar información científica a nivel teórico sobre el aspecto de la calidad de vida del cuidador principal y del paciente con datos capturados en dos momentos del proceso de enfermedad que viven estas dos figuras, con el fin de resaltar la variable de calidad de vida del cuidador, debido a que dicha variable es importante en la capacidad del cuidador para proporcionar los cuidados necesarios para mantener al miembro de la familia con cáncer (Kitrungroter & Cohen, 2006).

Objetivo General

Evaluar la correlación entre variables psicológicas (optimismo, apoyo social, carga, ansiedad, depresión) y la calidad de vida del cuidador principal con el optimismo, ansiedad y depresión, apoyo social y calidad de vida de la paciente con cáncer de mama después de cirugía y durante el tratamiento adyuvante, así como determinar cuál es la variable que más influye en la calidad de vida del cuidador.

Objetivos específicos:

1. Evaluar y comparar los niveles de calidad de vida, carga, optimismo, depresión y ansiedad en cuidadores principales de pacientes con cáncer después cirugía y durante el tratamiento adyuvante.
2. Evaluar y comparar los niveles de calidad de vida, apoyo social, optimismo, depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama después cirugía y durante el tratamiento adyuvante.
3. Correlacionar las variables de calidad de vida, optimismo, apoyo social, carga, depresión y ansiedad de cuidadores principales y pacientes de cáncer de mama.
4. Determinar cuál(es) son las variables psicológicas de los pacientes y cuidadores que más influyen en la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes con cáncer de mama.

Hipótesis

H1- La calidad de vida del cuidador y del paciente son diferentes en los dos momentos del tratamiento.

H2- Las variables psicológicas del paciente y del cuidador son diferentes en los dos momentos del tratamiento.

H3- La calidad de vida del cuidador se relaciona con la calidad de vida de la paciente con cáncer en los dos momentos del tratamiento.

H4- La ansiedad, depresión, carga y optimismo del cuidador se relacionan con la ansiedad, depresión y apoyo social del paciente en los dos momentos del tratamiento.

H5- La depresión del paciente influye en la calidad de vida del cuidador

Limitaciones y Delimitaciones

Limitaciones: El presente estudio está limitado a pacientes de la Unidad Médica de Altas Especialidades No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y que aceptaron participar por medio de una carta de consentimiento informado, por lo tanto es una muestra probabilista de conveniencia de la ciudad, no pueden generalizarse los resultados.

Delimitaciones: Durante la investigación se encontró como delimitaciones lo siguiente:

- Difícil comunicación telefónica con la muestra.
- Errores en números telefónicos.
- Lugar para la aplicación de la evaluación, pequeño y con ruido externo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

I.- VARIABLES PSICOLÓGICAS

Existe evidencia de que las variables psicológicas, están asociadas al cáncer, ya sea como factores causantes o facilitadores de su inicio, así como durante el desarrollo de la enfermedad o posible reincidencia (Vera-Villaruel & Buela-Casal, 1999).

El término calidad de vida en relación con la salud, inicia como concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del sujeto, sumando tanto aspectos objetivos como subjetivos. Se han desarrollado diferentes instrumentos para medir la calidad de vida en relación con la salud en diferentes patologías, entre ellas las enfermedades crónicas (Ramírez, 2007).

Existe un área de la psicología que atiende el aspecto de calidad de vida en relación con una enfermedad crónica, específicamente el cáncer. La psicooncología atiende las variables psicológicas, las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, familiares y parte del personal sanitario; siendo una subespecialidad de la oncología, que se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (Robert, Álvarez & Valdivieso 2013).

Hernández y Landero (2014), mencionan que debido al cambio drástico de estilo de vida de las pacientes con cáncer de mama, surge una serie de

cambios y situaciones estresantes en diferentes niveles de la paciente. Por consiguiente, en el presente estudio será evaluada la calidad de vida y las variables psicológicas: optimismo, apoyo social, carga, ansiedad y depresión; debido a la importancia del aspecto psicológico en el proceso de enfermedad de los pacientes con cáncer y sus familias.

Optimismo

El optimismo es descrito bajo diversas teorías, según Oblitas (2008) es una actitud disposicional de personalidad que se relaciona entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de estos mismos. Definen optimismo como "disposicional"; como una actitud generalizada de expectativas positivas y resultados, anticipar más éxitos que fracasos futuros. Es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables, es el valor que nos ayuda a enfrentar las dificultades, descubriendo lo positivo que tienen las personas y los eventos de la experiencia personal y social, confiando en nuestras capacidades y posibilidades junto con la ayuda o apoyo social que podemos recibir (Scheier & Carver, 1985; Oblitas, 2008).

El optimismo disposicional es una construcción cognitiva sobre las expectativas respecto a resultados futuros, que muestra la importancia de reconocer que los procesos cognitivos, emocional y motivacional están enlazados, también se refiere a la motivación: gente optimista ejercen esfuerzo, mientras que las personas pesimistas retiran el esfuerzo (Carver & Sheier, 2014). Se asocia positivamente con el enfoque de las estrategias de afrontamiento dirigidas a eliminar, reducir o gestionar los factores de estrés o emociones y negativamente relacionados con las estrategias de afrontamiento de evitación que tratan de ignorar, evitar o retirarse de los factores de estrés o emociones (Solberg & Segerstrom, 2006).

Como resultado de ser optimista las personas tienden a tener mejor humor, a

ser más perseverantes, exitosos, a tener expectativas positivas para el futuro y así poder responder a la dificultad y la adversidad en formas más adaptativas que las personas que posean expectativas negativas, además ser optimista se relaciona con un mejor bienestar emocional, tener mejor estado de salud física y psicológica (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Oblitas, 2008).

Niveles más altos de optimismo se asocian significativamente con menos desesperanza y una mejor calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado; los resultados destacan un papel particularmente fuerte para el optimismo en la salud mental. En cambio, un bajo optimismo se relaciona con abandono de las actividades sociales y recreativas, cuando las pacientes con cáncer de mama están experimentando distrés se retiran de las actividades (Allison et al., 2014).

El optimismo como un estilo interactivo de personalidad, que resulta de la compleja pero positiva relación histórica y actual del individuo con su entorno físico, con los demás y con él mismo. Se considera el optimismo como una forma positiva de ver el mundo en el que vivimos, que surge y se desarrolla a través de las múltiples interacciones del individuo que son beneficiosas para él o ella misma, en consecuencia, hay buena relación y no hay conflictos o contradicciones que no pueden superar (García et al., 2013; García et al., 2016).

A través de esta adaptación efectiva, el individuo progresa en la vida, a pesar de las obvias vicisitudes negativas o conflictivas de la vida cotidiana o incluso de las crisis mayores que surgen de ella (García et al., 2016). Por último, la esperanza es una característica importante de dicha disposición positiva, ya que creen y esperan un futuro mejor, no sólo para los individuos sino para toda la raza humana. La teoría propone que hay algo mejor en el futuro para todos (García et al., 2013).

Para evaluar optimismo, el instrumento a utilizar en este estudio, representa la

operacionalización del concepto mencionado como Estilo Interactivo de Personalidad. El instrumento tiene por nombre “OIS-García” (El optimismo como estilo interactivo de personalidad) evalúa nuestra disposición y capacidad de interactuar en y con nuestro mundo social de una manera favorable y positiva con la expectativa de que algo bueno va a ser el resultado. Dicha escala fue diseñada en población mexicana validada en una muestra de familiares de pacientes con cáncer mostrando una consistencia interna de alfa de Cronbach de .70 (García et al., 2013).

Apoyo Social

Thoits (1982) define el apoyo social como “el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación”.

El apoyo social puede tener aspectos hereditarios y depender de las habilidades sociales, Taylor (2011) sugiere que se centra en los primeros antecedentes familiares; este recurso vital parece venir tan fácilmente para algunas personas y más raramente a los demás. Landero y González (2006) mencionan que el apoyo social puede aludirse a características de la red social de apoyo, como el número, densidad y calidad, también al nivel de intimidad con la pareja, aspectos emocionales o a instrumentales y a ciertas conductas que por percepción subjetiva brindan apoyo.

Estudios realizados indican que las personas con pareja estable, amigos y familia que les brindan recursos materiales y psicológicos, tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre o en crisis (Landero & González, 2006). Los efectos beneficiosos del apoyo social en la salud física y mental, comienzan con el contacto familiar de apoyo, a su vez, sentar las bases para el desarrollo de competencias sociales y habilidades correspondientes a

proporcionar apoyo social y / o interpretar el apoyo social como disponibles. Estas habilidades se transfieren intergeneracional, a través de las dos vías genómicos y no genómicos (Taylor, 2011).

El impacto de esta variable en la salud mental y física es gran parte de los beneficios específicos proporcionados por las transacciones de apoyo social. Si los contactos sociales se experimentan como apoyo puede depender de varios factores como: si el apoyo es apropiado para cumplir con el factor estresante y si el tipo de apoyo proviene de la persona adecuada (Taylor, 2011).

El impacto positivo de apoyo social en el ajuste a los acontecimientos estresantes puede ser atenuado en ambientes de alto estrés (Taylor, 2011). El apoyo (percibido) brindado por la pareja, se asocia positivamente con la calidad de la relación marital y negativamente con síntomas depresivos (Dehle, Larsen, & Landers, 2001).

El apoyo social es un importante predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como la adaptación ante acontecimientos estresantes, con esto hablamos de apoyo social percibido (Landeró & González, 2006). El apoyo social en relación a la enfermedad crónica, puede funcionar para prevenir el estrés, al momento de que la vivencia se valore como menos amenazante, al mismo tiempo que proporciona recursos valiosos para el afrontamiento de la vivencia (Rodríguez, Pastor, & López, 1993).

El apoyo social se relaciona con la calidad de vida de dos maneras: produciendo una reducción en el impacto psicológico de la experiencia estresante y disminuyendo de que el nivel de estrés puedan apoyar al inicio o intensidad de una enfermedad, la otra forma es impactando de manera directa sobre la enfermedad física, contribuyendo a bajos niveles de morbilidad y apoyando a una mejor rehabilitación, las dos formas son importantes en la relación apoyo social-calidad de vida durante la enfermedad crónica

(Rodríguez et al.,1993).

Las personas que presentan menor frecuencia de conductas preventivas tienen peores redes sociales y llegan a la consulta con un nivel más avanzado de enfermedad, muestran menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante (Landeró & González, 2006).

El cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 de Bellón, Delgado, Luna y Lardelli (1996), refleja el apoyo social percibido. Contiene dos subescalas: apoyo confidencial (7 ítems) y apoyo afectivo (4 ítems). La cual tiene un índice de fiabilidad de .92, un alfa de Cronbach de .90, el de la subescala de Apoyo Confidencial de .88, y el del Apoyo Afectivo, de .7.

Carga

La carga es una valoración o interpretación que hace el cuidador ante los estresores derivados del cuidado en función de los recursos y habilidades con lo que éste cuenta (Montorio, Fernández, López, & Sánchez, 1998).

Para Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980) la carga del cuidador son las actitudes y reacciones emocionales ante la acción de cuidar, conlleva a cambios en diversos aspectos familiares y de la vida de los cuidadores. La carga percibida y la depresión aumentan conforme disminuye el estado funcional de los pacientes a cuidar. La carga es el predictor más importante de la ansiedad y la depresión, se muestra que cuidadores estaban deprimidos y tenían un mayor nivel de carga percibida. Además de la morbilidad psicológica (ansiedad y depresión), cuidadores llevaban cargas económicas y ocupacionales (Grunfeld et al., 2004).

También el término “carga”, es definido como un sinónimo de “obligación” o “deber” y ha sido utilizado especialmente en la investigación gerontológica o en

la investigación sobre el proceso de cuidado de pacientes, como parte de los efectos sobre el cuidador. Termina siendo el sentimiento de carga del cuidador factor trascendental en la utilización de servicios de salud y en la calidad de vida de los cuidadores (Barrón & Alvarado, 2009).

El concepto “carga” es tomado del inglés "*burden*", que se ha traducido como “estar quemado” originalmente fue descrito por Freudenberguer en el año de 1974, e indica “agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado”, vinculado con problemas en la salud física, debido a una acumulación de estresores a los que el cuidador se enfrenta sin tener estrategias de afrontamiento adecuadas para adaptarse a la situación (Barrón & Alvarado, 2009).

Se consideran dos teorías que son relevantes para el ámbito de los cuidados: teoría estrés y teoría de los roles. El primera Modelo de proceso de estrés según Pearlin et al. en 1990 (como se cita en Bastawrous , 2013) mencionan que existen factores estresantes y recursos que afectan el bienestar de los individuos, los factores de estrés primarios, secundarios y mediadores interactúan de una manera que en última instancia afecta el resultado de bienestar de los individuos.

Cuando se inicia con la prestación de cuidados, la carga del cuidado toma la forma de un factor estresante principal, que se ve afectada por los antecedentes del cuidador y el contexto de cuidado (Bastawrous , 2013).

La segunda teoría llamada teoría de rol, el autor Goode en 1960 (como se cita en Bastawrous, 2013) sugiere que surge sobrecarga de rol y conflicto de rol cuando el tiempo y los recursos son limitados y las personas no están de acuerdo en ciertas expectativas de rol.

Debido a la alta sobrecarga en los cuidadores, los cuidados prácticos del enfermo pueden verse afectados, por consecuencia se desarrollará una mayor

demanda de los servicios hospitalarios y una peor atención de calidad hacia los pacientes. Por esto es importante la intervención del equipo de salud y el manejo de los cuidadores en estadios tempranos, debido a que la sobrecarga puede limitar su desarrollo personal según Bayés en el 2008 (como se cita en Barrón & Alvarado, 2009).

La Escala de Carga del Cuidador de Zarit es la más utilizada para evaluar dicho constructo. La carga del cuidador ha sido descrita por varios modelos sociales, el modelo basado en la teoría general del estrés, en la cual el cuidador tiene que enfrentarse a ciertos factores de tensión y su respuesta a dichos factores se ve mediada por el impacto emocional, el resultado de esta interacción puede favorecer una vivencia subjetiva de sobrecarga. En base a la teoría del estrés se han diseñado la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Camacho, Hinostrosa, & Jiménez, 2010).

Dicha escala, es un cuestionario autoadministrado diseñado para medir la carga percibida por el cuidador. En la cual se agrupan tres subescalas (impacto de la atención, relación interpersonal y expectativas para la autoeficacia). La versión de Galindo-Vazquez et al. (2014) la cual fue validada en muestra mexicana, mostrando como resultado una consistencia interna de la escala global fue de ($\alpha=.90$), las alfas de Cronbach de las subescalas individuales fueron .90 para el impacto cuidador, .74 para la relación interpersonal y para las expectativas de autoeficacia .67.

Ansiedad

La ansiedad y depresión se asocian con débiles resultados psicosociales y de tratamiento, mala calidad de vida, pobre adherencia al tratamiento, recuperación más lenta, mayor riesgo de suicidio (Brintzenhofe-Szoc, Levin, Li, Kissane, & Zabora, 2009).

Ansiedad es definido como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, disgusto, y alarma haciendo que el sujeto se sienta molesto, es una emoción que se presenta cuando la persona se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno (Jarne, Talarn, Aramayones, Horta, & Requena, 2006).

En relación al proceso oncológico, esta tiende a reflejar una reacción para el diagnóstico y el tratamiento aversivo previsto, y es a menudo transitoria. Por otra parte, la angustia puede fluctuar no sólo según el tipo de cáncer, sino también por la edad y el género (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012).

Knapp y Delgado (1990) mencionan que en pacientes con cáncer las principales causas de ansiedad son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo al desarrollo de la enfermedad, el impedimento para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la antelación del mismo sufrimiento y de los familiares, las falsas creencias relacionadas a la misma, la impresión de pérdida de control, problemas económicos, espiritual y existencial, crisis de creencias y necesidad de trascendencia.

En el pacientes oncológico es fundamental realizar un diagnóstico con el fin de determinar si el trastorno de ansiedad yace de la enfermedad médica (dolor, complicaciones, cambios metabólicos), de la medicación (corticoides, dexametasona), del tratamiento (quimioterapia, radioterapia, náuseas y vómitos condicionados) o está relacionado con la ingesta de sustancias (abstinencia a la nicotina, alcohol) (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004). La ansiedad es más frecuente que la depresión en estos pacientes, aunque se menciona que los síntomas de ansiedad coexisten con síntomas depresivos (Mystakidou et al., 2005).

Depresión

La depresión se caracteriza por la existencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, trastorno del apetito, presencia de cansancio y falta de concentración; puede llegar a ser crónica o recurrente y afectar posiblemente el desempeño en diversas áreas como el trabajo, la escuela y el afrontamiento en la vida cotidiana (OMS, 2015b). El trastorno depresivo mayor, se caracteriza por episodios discretos de al menos 2 semanas de duración, incorporando puntos de corte en el cambio del afecto, cognición y funciones neurovegetativas y remisiones interepisodio, representando la condición clásica en este grupo de trastornos (ACS, 2010).

La depresión, se distingue por la presencia de síntomas afectivos como la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, también pueden estar presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o somático (ACS, 2010).

La depresión es un trastorno mental que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, se puede convertir en un problema de salud serio, especialmente cuando la duración es larga y la intensidad va de moderada a grave. La depresión es el producto final de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos (OMS, 2015d).

La depresión, toma la presencia de síntomas afectivos como la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia sobre las demandas de la vida, pueden estar incluidas también los síntomas de tipo somático, cognitivo o volitivo (Alberdi, Taboada, Castro, & Vázquez, 2006).

La depresión en relación con el rol del cuidador se asocia a partir de variables

como tener una edad menor, ser mujer, mayor nivel de educación, aumento de la pérdida financiera, metástasis y la presencia de carga, éstas como características del cuidador. La falta de conocimiento del cuidador acerca del diagnóstico del paciente y la carga que este pueda tener, son determinados por los autores como factores predictores para la depresión (Tanriverdi et al., 2015).

El termino distrés en pacientes con cáncer es definido como la ansiedad o la depresión, la cual reduce la calidad de vida de los pacientes, y repercute negativamente en el cumplimiento del tratamiento médico (Greer, Pirl, Park, Lynch, & Temel, 2008), este término se ha considerado como un predictor independiente de la calidad de vida en relación con la salud (Hyphantis, Paika, Almyroudi, Kampletsas, & Pavlidis, 2011).

Los resultados del tratamiento pueden verse afectados por manifestaciones psicológicas como la depresión y ansiedad. En pacientes que se estaban antes de una cirugía de mastectomía radical y los síntomas postoperatorios, se encontraron niveles altos de ansiedad y depresión, también mostraron menor adherencia al tratamiento, mayores requerimientos de analgesia y mayor dolor postoperatorio (Ozalp, Sarioglu, Tuncel, Aslan & Kadiogullari, 2003). Con el mismo tipo de población pero en tratamiento adyuvante, So et al., (2009) encontraron que dichas variables fueron más altas en el grupo de quimioterapia que en aquel que recibían radioterapia, como razón se mencionan los efectos secundarios de la quimioterapia, los cambios en la apariencia física y la incertidumbre de una recurrencia de la enfermedad.

En un estudio de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado, se mostró ansiedad clínica en el 84,1% y depresión clínica en el 25,2%. La escala Hospital Anxiety and Depression (HADS) detecta una alta constancia de síntomas depresivos y principalmente ansiosos. La relación entre síntomas depresivos de la HADS y síntomas físicos del constructo de calidad de vida dirige a la problemática para diagnosticar el trastorno depresivo en pacientes

con cáncer (Valderrama & Sánchez, 2017).

La escala Hospital Anxiety and Depression (HADS), ha sido el instrumento más utilizado en el ámbito hospitalario para medir dichas variables, a través de una revisión sistemática se reveló el buen desempeño del instrumento, al evaluar la gravedad de los síntomas y los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con cuidados psiquiátricos, físicos y población en general, con un alfa de cronbach de .83 (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002).

En este sentido Galindo et al., (2015) realizaron una validación de la escala HADS para pacientes oncológicos Mexicanos en el que participaron 100 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), como resultado obtuvieron que la escala factorial presentó dos factores con los 14 reactivos originales y una consistencia interna global de (alfa = .83), los alfas de cada subescala .82 para depresión y .78 para ansiedad (Galindo et al., 2015).

2.- CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida se relaciona con la salud, da connotación a las valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, tanto aspectos objetivos como subjetivos (Ramírez, 2007).

En el bienestar de un individuo influyen diversos factores, especialmente los factores relacionados con la salud; en este sentido la calidad de vida en pacientes oncológicos ha presentado un apogeo en los últimos años, debido a que muchos tumores en etapa avanzada no pueden curarse y por consiguiente se les lleva al área de cuidados paliativos (Arraras, Martínez, Manterota, & Laínez, 2004).

En la vivencia de una persona al experimentar el inicio de una enfermedad, la

experiencia supone una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida, esta calidad de vida depende en gran medida de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos de los mismos (Rodríguez et al., 1993).

Los aspectos fundamentales en la evaluación de la calidad de vida son: las variables independientes, como las emociones, la familia, el ambiente social y el lugar de residencia que influye en la calidad de vida del paciente; y las dimensiones física, emocional y social que conforman las variables dependientes (Vinaccia & Orozco, 2005).

La calidad de vida es una evaluación subjetiva, multidimensional, temporal y está relacionada con la salud. Se incluyen cuatro componentes principales, los síntomas de la enfermedad y efectos secundarios, el funcionamiento físico, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social (Arraras et al., 2004).

La calidad de vida del cuidador es un constructo multidimensional que incluye la salud física, el bienestar emocional, el funcionamiento social, el bienestar económico y la espiritualidad; la calidad de vida del cuidador se ha encontrado más fuertemente relacionada con la salud mental que con la salud física del cuidador (Weitzner & McMillan, 1999).

La Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) se ha dedicado a evaluar a los pacientes oncológicos en el aspecto de la calidad de vida mediante un grupo de estudio dedicado específicamente para esto. Mediante un cuestionario general de Calidad de vida y módulos para diferentes tipos de tumores y tratamientos oncológicos (Arraras et al., 2004). El EORTC QLQ-C30 es un cuestionario desarrollado para evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer, la versión QLQ-C30 3.0 es la versión más reciente y se debe utilizar para todos los nuevos estudios.

El Índice de Calidad de Vida del Cuidador (CQOLC), originalmente desarrollado

en los Estados Unidos, mide la influencia de la enfermedad del paciente oncológico en el cuidador familiar en términos de cuidado y funcionamiento físico, emocional, social y familiar (Weitzner, Mayers & Steinbruecker, 1997; Weitzner et al., 1999).

3.- CUIDADOR

El cuidador principal es en su mayoría una sola persona quien asume el cuidado del enfermo, la cual debe ocuparse de las necesidades y demandas que éste requiere. El cuidador es por lo general su esposo(a), hijo(a), un pariente o persona cercana al enfermo, es quien atiende al enfermo en sus necesidades físicas y emocionales, aplica la solidaridad y es el que comprende que no puede quedarse sin hacer nada ante la realidad que afecta a su familiar o amigo. Su papel toma gran relevancia en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia aparte de la atención directa al paciente (Astudillo & Mendinueta, 2008).

Se observa la necesidad de la figura del cuidador ante la presencia de un enfermo crónico en el hogar; se crea en el entorno familiar un cambio de roles, y la familia o personas cercanas al enfermo deberán reunirse para tomar decisiones con respecto al cuidado que se le otorgara al enfermo (Astudillo & Mendinueta, 2008).

Expósito (2013) encontró que en la mayoría de los cuidadores primarios el 81.9% eran mujeres, el 80.6% cuidaban en su propio hogar, un 76.4 % tenían educación superior, el 54.2% tenían relación laboral y el 70% eran hijo(a)s. Un 73.6 % de las pacientes mostró discapacidad y el 66.6% tenía metástasis.

Hay algunos elementos que el cuidador principal deberá tener en cuenta antes de asumir la responsabilidad de brindar atención como el tener información del

proceso de la enfermedad, orientación ante las crisis que resulten de la enfermedad, organización, tomar en cuenta los recursos de los que puede disponer dentro de la misma red del cuidador, tener conocimiento de cómo obtener ayuda, tratar de llevar a cabo las actividades habituales, cuidarse y planificar el futuro (Astudillo & Mendinueta, 2008).

Las necesidades que se producen del cuidado crónico son la comprensión de sus problemas y dificultades en el trabajo, cuidados de salud, educación sobre cómo atender a los enfermos, guía sobre cómo acceder a las instituciones que prestan asistencia y diferentes formas de ayuda laboral; las necesidades psicosociales en la enfermedad aumentan según su duración hasta formar un 70% de todos los requerimientos del paciente (Astudillo & Mendinueta, 2008).

En el cuidador la tarea de proporcionar cuidados produce con frecuencia cansancio, irritabilidad, pérdida de autoestima, desgaste emocional severo al llevar a cabo esta labor de forma constante y por un tiempo prolongado (Astudillo & Mendinueta, 2008).

Con respecto a las responsabilidades que tiene el cuidador, se mencionan que un porcentaje importante de los cuidadores tienen necesidades insatisfechas de apoyo, sobre todo en lo que respecta a los temores relacionados con la condición del paciente, recibir información relacionada con la enfermedad y apoyo emocional para ellos mismos (Joy, Broxson, Munsell, & Cohen, 2010; Sklenarova et al., 2015).

Los cuidadores identificaron carga como su preocupación más importante para la calidad de vida, identifican como necesidad de aprendizaje el conocer la administración de medicamentos y manejo de los efectos secundarios. Una adecuada comunicación, actitud positiva, apoyo y educación son importantes para la promoción de la calidad de vida de los cuidadores (Joy et al., 2010; Sklenarova et al., 2015).

Las repercusiones que conlleva la situación de un enfermo con cáncer no deben minimizar las repercusiones que se tiene en el “cuidador primario” o “principal”. Se puntualiza que es importante realizar estudios con respecto a este rol, ya que el cuidado que brinda normalmente un miembro de la familia suele causar en dicha persona agotamiento y desgaste tanto física y emocionalmente (Barrón & Alvarado, 2009).

Grov y Valeberg (2012) mencionan que la carga del cuidador puede cambiar durante las diferentes etapas de la trayectoria del cáncer de los pacientes, sin embargo en su estudio se encontró igualdad en la salud mental y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en los cuidadores, en fases paliativas y fases curativas de los pacientes.

Un concepto a nivel díada es la influencia recíproca, que se refiere al efecto que tiene el uno del otro como miembros de una díada (Swore, Miaskowski, Given, Schumacher, 2012).

Por ejemplo Northouse et al. (2002) encontraron que el paciente con sufrimiento sintomático afecta a su propia calidad de vida y la valoración de la prestación de cuidados, mientras que los síntomas de cuidadores afectan su valoración de los cuidados e indirectamente afectar a la calidad de vida de los pacientes a través de su efecto en la desesperanza del paciente y la incertidumbre.

4.- CÁNCER

Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, se habla de tumores malignos o neoplasias malignas, provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, está característica rápida del

cáncer pueden invadir partes cercanas del cuerpo o propagarse a otros órganos, conocido como metástasis, las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (OMS, 2015a; Garza & Juárez, 2014).

La interacción de factores genéticos del paciente y externos como: los carcinógenos físicos, las radiaciones ultravioleta, los carcinógenos químicos, como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, o el arsénico y carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos, produce como resultado esta enfermedad al crear una degeneración de las células, originando lesiones precancerosas y por consiguiente tumores malignos (OMS, 2015 a, INEGI, 2014 b).

En los últimos años se han desarrollado grandes avances científicos que contra el cáncer, a pesar de ello este sigue siendo un grave problema de salud, del cual, anualmente fallecen seis millones de personas en el mundo (Aragón, 2009).

Epidemiología

Durante la última década, una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial fue el cáncer, se le atribuyen 8.2 millones de fallecimientos ocurridas en el 2012. Entre los principales tipos de cáncer está el pulmonar (1.59 millones defunciones), hepático (745,000 defunciones), gástrico (723,000 defunciones), colorrectal (694,000 defunciones), cáncer de mama (521,000 defunciones), de esófago (400,000 defunciones) (OMS,2015a).

El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres en América Latina y el Caribe, según la (OPS) Organización Panamericana de la Salud en 2012, se detectó esta neoplasia en más de 408 mil mujeres y se estima que para 2030, se elevará un 46 por ciento (OMS, 2015b).

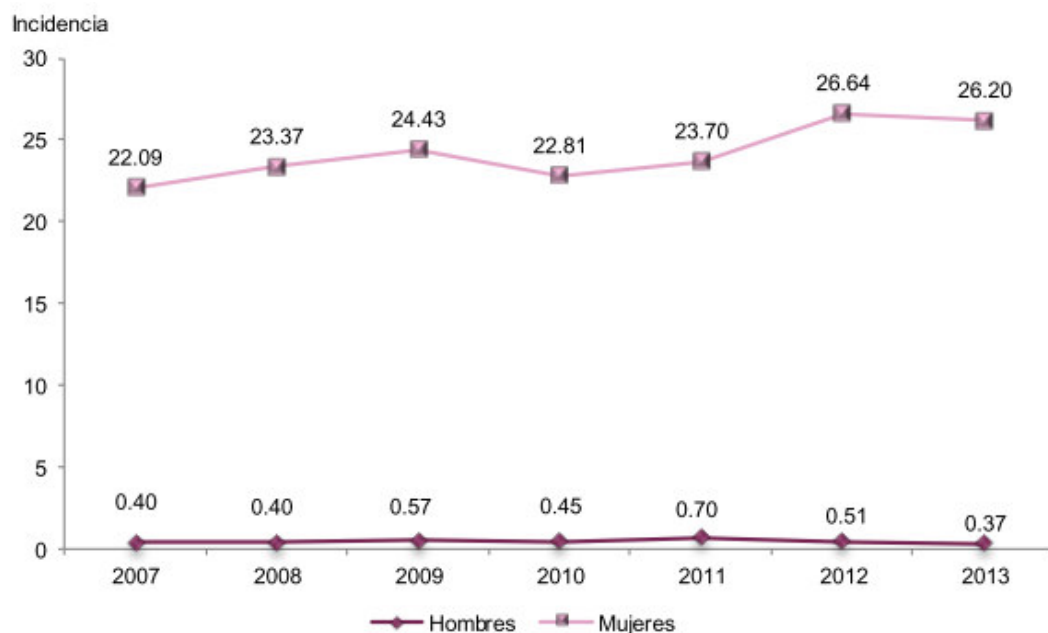
En América Latina, el cáncer de mama es el cáncer más frecuente con 152,059 casos diagnosticados anualmente, una cuarta parte (24.9%) de los casos de cáncer en mujeres, 47.2 como incidencia regional es más alta en países del sur, principalmente Argentina y Uruguay, donde las tasas son semejantes a la de países desarrollados 71.2 y 69.7 defunciones por 100,000 mujeres, según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en el 2015 (OMS, 2015b).

El cáncer de mama es uno de los de mayor incidencia a nivel mundial, según la OMS cada año se detectan 1.38 millones de nuevos casos y por esta causa mueren 458 mil personas, ocupa el primer lugar de defunciones en población de mujeres (OMS, 2015 a).

Existe una tendencia en la aparición de diferentes neoplasias malignas, entre las más destacadas se encuentra el cáncer de mama en México. En 2012, el Distrito Federal es la entidad que realiza más mastografías a nivel nacional (34.3 por ciento). La entidad con la tasa más alta de mortalidad por cáncer de mama en 2012 es Coahuila con datos de 28.58 de cada 100 mil mujeres de 20 años y más (INEGI, 2014 a).

Fue la principal neoplasia que presentó la población mexicana de 20 años y más en el 2012, según el INEGI en un 30.9 %. De cada 100 defunciones por tumores malignos en mujeres de 20 años y más del 2007 al 2013, 15 fueron por cáncer de mama (INEGI, 2014 a; OMS, 2015 a). Véase en Figura 1, datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2014 a).

Figura 1. Incidencia de cáncer de mama, en población mexicana de 20 años y mas, 2007 al 2013, por 100mil habitantes de cada sexo



Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), código C50.

En Nuevo León de acuerdo a Estadísticas de Mortalidad durante 2012, murieron 3,563 personas lo que representa 14.9% del total de fallecimientos de la entidad a consecuencia de neoplasias (INEGI, 2014 b). Véase en la figura 2, datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2014 b).

Figura 2. Defunciones por neoplasia en Nuevo León, 2012

Tumores (neoplasias)	Total	Grandes grupos de edad				No especificado
		0-14 años	15-29 años	30-59 años	60 años y más	
Total	3 563	68	95	1 038	2 358	4
<i>Tumores malignos</i>	3 351	60	85	978	2 224	4
Tráquea, de los bronquios y del pulmón	363	0	0	55	308	0
Mama	305	0	2	143	160	0
Colon, del recto y del ano	271	0	4	93	174	0
Próstata	233	0	0	10	222	1
Higado y de las vías biliares intrahepáticas	211	2	1	35	173	0
Leucemia	178	28	27	66	57	0
Estómago	167	0	2	48	117	0
Páncreas	165	0	1	40	124	0
Linfoma no Hodgkin	117	3	5	41	68	0
Cuello del útero	115	0	1	64	50	0
Meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	111	19	5	43	44	0
Ovario	88	1	1	51	35	0
Vejiga urinaria	65	0	1	4	60	0
Laringe	58	0	0	10	48	0
Esófago	57	0	0	21	36	0
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	54	0	0	17	37	0
Labio, de la cavidad bucal y de la faringe	51	0	0	13	38	0
Otras partes y de las no especificadas del útero	51	0	1	16	34	0
Melanoma maligno de la piel	21	0	0	7	14	0
<i>Resto de tumores malignos</i>	670	7	34	201	425	3
Resto de tumores	212	8	10	60	134	0

Nota: Agrupación de acuerdo con la Lista 1 para mortalidad CIE-10.

FUENTE: INEGI. Estadísticas de Mortalidad. Consulta interactiva de datos. (21 de enero de 2014).

Datos mencionan que en 2011 se encontró una incidencia de tumor maligno de mama en mujeres de 20 años y más en Nuevo León de 23.22 a 34.55 casos por cada 100 mil mujeres en el estado. Se reporta que por cada 100 mil mujeres existe una tasa de mortalidad de 21.1 en el estado, siendo el sexto estado con mayor tasa de mortalidad en mujeres mayores de 25 años que tuvieron un cáncer de mama en el año 2012 (INEGI, 2014 b).

En el 2012 fue la principal causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos entre la población de 20 años y más, tres de cada diez mujeres fueron

hospitalizadas por esta causa (INEGI, 2014 a). Las tasas más altas de morbilidad las presentaron las mujeres de 60 a 64 años, seguidas por las de 65 a 74 años y las de 50 a 59 años.

En el mismo año se observó que a partir de los 40 años el número de personas fallecidas por esta enfermedad aumentó conforme incrementa la edad de la mujer y alcanzó el punto máximo en aquellas de 80 años y más; se considera que a mayor edad es más previsible que junto con el cáncer estén presentes otras enfermedades crónico-degenerativas que compliquen la respuesta del cuerpo ante las opciones de cirugía, quimioterapia o radioterapia y ante la agresividad del propio tumor (INEGI, 2014 a).

Estas cifras ponen en alerta tanto a México como el mundo, con sus altas cifras de incidencia y la edad de aparición que cada vez va siendo en mujeres jóvenes, poniendo en riesgo su estabilidad psicológica por los cambios que este padecimiento con lleva.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es un tumor que se origina en las células del seno de tipo maligno, dicho tumor es un grupo de células cancerosas que tienen la tendencia a crecer invadiendo los tejidos circundantes o que pueden hacer metástasis. Esta enfermedad ocurre casi exclusivamente en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer. (American Cancer Society [ACS], 2014).

Los cánceres de seno inician en diversas formas, en su mayoría se presentan como cánceres ductales, se les llama así a los que comienzan en las células que recubren los conductos, cánceres lobulillares se originan en las células que recubren los lobulillos, en un número menor se origina en otros tejidos (ACS, 2014).

Según la ACS (2014) existen varios tipos de cáncer de mama en función de la forma de las células cancerosas. *Carcinomas*, es un tipo de cáncer que comienza en las células epiteliales que cubren los órganos y los tejidos como el seno; *adenocarcinoma* es el carcinoma que comienza en el tejido glandular. Los *sarcomas* son otros tipos de cáncer que comienzan en las células del musculo, grasa o tejido conectivo.

Carcinoma ductal in situ o conocido como carcinoma intraductual, es un cáncer de seno no invasivo o preinvasivo, las células que cubren los conductos han cambiado a células cancerosas, este cáncer no es invasivo porque las células no han invadido a través de las paredes de los conductos hacia el tejido que rodea el seno y por consiguiente no se puede hacer metástasis debido a que no se ha extendido. Aunque se considera preinvasivo porque en algunas ocasiones se convierte en un cáncer invasivo.

El tipo más común es el *carcinoma ductal invasivo*, mismo que comienza en un conducto lácteo del seno, entra a través de la pared del conducto y se reproduce en el tejido adiposo del seno, en esta posición puede tener la capacidad de hacer metástasis a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo.

El *Carcinoma lobulillar* invasivo, inicia en los lobulillos (glándulas productoras de leche), se puede propagar a otras partes del cuerpo y puede ser más difícil de detectar por mamografía que el carcinoma anterior (ACS, 2014).

El *cáncer inflamatorio de seno* es menos común, no se presenta un tumor, sino que este tipo de cáncer hace que la piel del seno luzca rojiza, se sienta acalorada, con aspecto grueso y aspecto similar a la cascara de una naranja; estos cambios son causados por el bloqueo que producen las células cancerosas en los vasos linfáticos de la piel, suele presentar una mayor probabilidad de propagación.

Otro tipo poco común es la *Enfermedad de Paget del pezón*, este inicia en los conductos del seno y se propaga hacia la areola, con frecuencia se presenta con costras, escamas, áreas de sangrado y enrojecida; se asocia con el carcinoma ductal in situ, con frecuencia requiere mastectomía. *Tumor filoides* es poco común y se forma en el tejido conectivo del seno, en su mayoría son benignos y se trata extirpando el tumor y un borde de tejido normal del seno (ACS, 2014).

En cuanto al diagnóstico, la mayoría de los casos el cáncer de mama se presenta en etapas iniciales de manera subclínica, es decir que solamente es detectable por estudios de imagen: mastografía, ultrasonido y resonancia magnética; en menor proporción por clínica (tumores palpables). En un 30% se presenta de una forma diferente como un tumor doloroso y se asocia a adenopatías axilares (Arce et al., 2011).

El entendimiento de los síntomas y signos de inicio en el caso como los de mama, piel, colon y recto, cuello uterino o boca, es fundamental para que se puedan diagnosticar; es importante el diagnóstico temprano cuando no se tiene algún método de cribado eficaz, en ausencia de estas intervenciones, los pacientes son diagnosticados en estadios muy tardíos (OMS, 2015a).

El cáncer de mama es uno de los cánceres que tiene tasas de curación altas cuando son detectadas de forma temprana y tiene un tratamiento adecuado (INEGI, 2014 a); actualmente los nuevos tratamientos posibilitan la sobrevivencia con la colaboración de médicos especialistas como oncólogos, especialistas en el dolor, psicooncólogos y rehabilitadores.

Se deben de considerar factores individuales, aspectos del tumor y los institucionales para que un tratamiento resulte exitoso (INEGI, 2014 b). Por lo antes mencionado un diagnóstico de dicha neoplasia no debe significar una

sentencia de muerte (INEGI, 2014 a).

Tratamiento

El tratamiento integral del cáncer de mama es multidisciplinario, como la cirugía y radioterapia en cualquiera de sus tres modalidades neoadyuvante, adyuvante y paliativa, el tratamiento sistémico incluye la quimioterapia, la terapia endocrina y la terapia dirigida a blancos moleculares (Arce et al., 2011).

Se deben considerar los factores relacionados al tumor, como el tamaño, la localización del tumor, si existen tumores en la misma región de la mama o tumores en distintas regiones de la mama, la presencia de expresión de receptores hormonales, la existencia de metástasis (Garza & Juárez, 2014).

La OMS (2015 a) menciona tres objetivos del tratamiento el principal radica en curar el cáncer, prolongar la vida y el otro objetivo consiste en mejorar la calidad de vida del paciente, a partir de atención paliativa y apoyo psicológico.

El impacto de los tratamientos (quimioterapia, radioterapia o tratamiento hormonal) se hace presente en diferentes dimensiones del paciente. En la dimensión del estado físico, los pacientes presentan una alteración moderada, tienen dolores, falta de energía, náuseas y molestias secundarias al tratamiento (Raymundo & Ayala, 2011).

En cuanto a la cirugía como tratamiento, la American Cancer Society establece que los posibles efectos secundarios de la misma dependen de la extensión de la operación y la salud general de la persona antes de la cirugía, experimentando dolor tras la operación la mayoría de las personas, aparecen problemas con la alimentación mejorando días después y la presencia de sangrado a causa de la cirugía (ACS, 2014).

En el tratamiento de quimioterapia los efectos secundarios dependen del tipo y dosis de los medicamentos administrados, así como del tiempo que se administran (ACS, 2014). Los efectos secundarios más comunes pueden incluir:

- Caída de pelo
- Pérdida del apetito
- Náuseas y vómitos
- Bajos recuentos sanguíneos
- Úlceras en la boca

La quimioterapia puede afectar las células productoras de sangre de la médula ósea, causando un recuento bajo de células sanguíneas, lo que puede ocasionar:

- Aumento en la probabilidad de infecciones (pocos glóbulos blancos).
- Facilidad para que se formen moretones o surjan sangrados (pocas plaquetas).
- Cansancio (debido al bajo nivel de glóbulos rojos).

Otro tratamiento es la radioterapia que se puede utilizar como adyuvante o complementario de la quimioterapia, y los efectos secundarios que pueden presentar son:

- Irritación de la piel, como enrojecimiento hasta ampollas y descamación.
- Náuseas.
- Irritación rectal, puede causar diarrea, evacuaciones dolorosas, o sangre en las heces fecales.
- Incontinencia intestinal.

- Irritación de la vejiga, lo que puede causar sensación de tener que orinar, ardor, dolor al orinar o sangre en la orina.
- Astenia

En el ambiente familiar y social la mayoría de los pacientes perciben un moderado apoyo ante su enfermedad. En lo emocional presentan una moderada alteración esto implica que hay tristeza, ansiedad, preocupación por la muerte y pérdida de la lucha contra la enfermedad. En el funcionamiento personal mantienen un nivel moderado, se ven limitados en la realización de actividades que antes podían llevar a cabo; más de la mitad de los pacientes perciben un deterioro en su calidad de vida a un nivel promedio (Raymundo & Ayala, 2011).

Una mirada holística y un abordaje integral de la enfermedad, es importante en el trabajo con pacientes oncológicos, lo que implica un trabajo con distintas disciplinas y una visión biopsicosocial para reducir los efectos que conllevan los tratamientos oncológicos (Robert, Álvarez, Valdivieso, 2013).

De esta manera se observa la importancia del área que toma en cuenta el impacto de la enfermedad del cáncer en las diversas dimensiones mencionadas, es por esto que la Psicooncología tiene como objetivos fundamentales: la prevención primaria, prevención secundaria, intervención terapéutica y la investigación, este último objetivo como fundamental para avanzar en el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención más eficaces a través de estudios científicos (Oblitas, 2008).

Debido a la alta incidencia del cáncer de mama en las mujeres en México y al impacto que este tiene en el aspecto psicológico tanto en ellos como pacientes y como en sus familias, se lleva a cabo esta evaluación para generar más conocimientos en el área de la Psicooncología y así poder brindar estrategias adecuadas, en el momento preciso de su proceso de tratamiento para favorecer

su calidad de vida e impactar en el de sus familia.

CAPÍTULO III

MÉTODO

En el presente estudio se evaluó la correlación de las variables psicológicas como: optimismo, apoyo social, carga, ansiedad y depresión, con la calidad de vida.

PARTICIPANTES

Se contactaron a 155 diadas (Cuidador principal – paciente con cáncer de mama) en la consulta del Hospital de Especialidades No.25 Centro Médico Nacional del Noreste; 66 diadas cumplieron con los criterios de inclusión, 89 no cumplieron; 65 diadas decidieron participar en el proyecto, 1 diada declinó su participación; se eliminaron 18 diadas por cuestionario incompleto, obteniendo 47 en T1.

En base a las 47 diadas completas en T1 (después de cirugía), se descarta 1 diada por fallecimiento de la paciente y 11 diadas por falta de participación (dificultad en el medio de comunicación para contactarlos), 35 diadas completas en T2 (durante tratamiento adyuvante).

Criterios de inclusión

Cuidadores principales:

- Mayor de 18 años.

- Paciente a cuidar, mujer con diagnóstico de cáncer de mama.
- Paciente a cuidar se encuentre después cirugía – durante tratamiento adyuvante.
- Que acepten participar en la investigación.

Pacientes:

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.
- Se encuentre después cirugía - durante tratamiento adyuvante.
- Estadio I – II.
- Edades de 30 a 75 años.
- Que acepten participar en la investigación.

Criterios de exclusión

Cuidadores principales:

- Antecedentes de trastornos psiquiátricos o neuropsicológicos actuales.
- Intervención psicológica.
- Diagnosticado con algún tipo de cáncer.

Pacientes

- Antecedentes de trastornos psiquiátricos o neuropsicológicos actuales.
- Intervención psicológica.
- Cáncer metastásico.

Las características de los participantes se describen en la Tabla 1, en la cual se observa que la edad media de las pacientes es de 49.40 años (DE= 10.55), en T1 un 68.57% se representa con las pacientes que están casadas, manifestando un cambio en T2 del 65.71% incrementando el estado civil de soltero de un 5.71% a 8.57%; cuentan con una escolaridad promedio de 9.17 (DE= 3.93), un 49% trabaja y no se mostró cambios en T2, lo que se modificó

fue el salario de \$2751 (DE= 3642) a \$3149 (3810), un 94% mostró que profesa alguna religión en T1 y en T2 aumento a 97%, un 60% manifestó tener una enfermedad crónica adyacente al diagnóstico oncológico actual.

En cuanto a los rasgos de los cuidadores se presenta un promedio de edad de 43.29 (DE= 14.55) con una variante en T2 a 43.34 (DE= 14.54) debido a un cambio de cuidador en T2, un 68.6% son mujeres, y en un 68.57% los cuidadores están casados en T1 y en T2 disminuye a un 62.86%, la escolaridad se presenta 11 (DE= 3.41) con un cambio a 10 (3.42), 18 (51%) cuidadores trabajan con un ingreso de \$4886 (DE= 6700) estas dos características se mantienen, el 89% profesa alguna religión, el parentesco que más se presento fue hijo (26%) y pareja (26%), 8 cuidadores presentan una enfermedad crónica, sin mostrar algún cambio en T2.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

N= 35	Paciente				Cuidador			
	T1		T2		T1		T2	
Edad M (DE)	49.4	(10.55)	49.4	(10.55)	43.29	(14.55)	43.34	(14.54)
Sexo f (%)								
Femenino	35	(100)	35	(100)	24	(68.6)	24	(68.6)
Masculino					11	(31.4)	11	(31.4)
Estado Civil f (%)								
Soltero	2	(5.71)	3	(8.57)	2	(5.71)	3	(8.57)
Casado	24	(68.57)	23	(65.71)	24	(68.57)	22	(62.86)
Unión Libre	3	(8.57)	2	(5.71)	3	(8.57)	3	(8.57)
Viudo	2	(5.71)	2	(5.71)	2	(5.71)	2	(5.71)
Separado	3	(8.57)	4	(11.43)	3	(8.57)	4	(11.43)
Divorciado	1	(2.86)	1	(2.86)	1	(2.86)	1	(2.86)
Años de Estudio Media (DE)	9.17	(3.93)	9.17	(3.93)	11	(3.41)	10	(3.42)
Trabajo f (%)								
Sí	17	(49)	17	(49)	18	(51)	18	(51)
No	18	(51)	18	(51)	17	(49)	17	(49)
Ingreso Mensual Media (DE)	2751	(3642)	3149	(3810)	4886	(6700)	4886	(6700)
Religión f (%)								
Sí	33	(94)	34	(97)	31	(89)	31	(89)
No	2	(6)	1	(3)	4	(11)	4	(11)
Parentesco f (%)								
Padre o Madre					2	(6)	2	(6)
Hijo					9	(26)	9	(26)
Pareja					9	(26)	9	(26)
Amigo					2	(6)	2	(6)
Hermano					8	(23)	8	(23)
Concuña					1	(3)	1	(3)
Otro					4	(11)	4	(11)
Enfermedad Crónica f (%)								
Sí	21	(60)	21	(60)	8	(23)	8	(23)
No	14	(40)	14	(40)	27	(77)	27	(77)

Las características médicas de las pacientes se describen en la tabla 2, en la cual se presenta un 37.14% con una etapa clínica IIA, 7 pacientes tuvieron quimioterapia (tratamiento neoadyuvante) antes de su cirugía y la cirugía que más fue practicada fue la mastectomía radical modificada (MRM) en un 65.80%, en el tratamiento adyuvante un 40% de las pacientes estuvo bajo la quimioterapia.

Tabla 2. Características de tratamiento oncológico de los pacientes

	Paciente	
	T1	T2
Etapa Clínica n (%)		
0	1 (2.86)	
IA	6 (17.14)	
IB	1 (2.86)	
IIA	13 (37.14)	
IIB	4 (11.43)	
IIIA	6 (17.14)	
IIIB	0 (0.00)	
IIIC	4 (11.43)	
IV	0 (0.00)	
Tratamiento Neoadyuvante, Quimioterapia n (%)		
Sí	7 (20)	
No	28 (80)	
Tratamiento n (%)		
Cirugía		
(MRM) Mastectomía Radical Modificada	23 (65.80)	
(CC) Cirugía Conservadora	12 (34.40)	
Quimioterapia		14 (40)
Quimioterapia y Trastuzumab		6 (17.14)
Radioterapia		8 (22.86)
Radioterapia y Trastuzumab		3 (8.57)
Terapia Hormonal		4 (11.43)

APARATOS E INSTRUMENTOS

Calidad de Vida (Cuidador)

Para evaluar la calidad de vida del cuidador, se utilizó el Índice de Calidad de Vida del Cuidador (CQOLC), que mide el efecto de la enfermedad del paciente oncológico sobre aspectos físicos, emocionales, sociales, familiares y otras áreas de funcionamiento del cuidador. Se utilizó la traducción de la misma para su aplicación. Cuenta con cuatro dimensiones: carga, disrupción, adaptación positiva y preocupaciones financieras. Consta de 35 ítems, se evalúa mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, cada ítem se califica de 0 a 4 (“Nada”, “Un Poco”, “Algo”, “Bastante”, “Mucho”) y la máxima puntuación posible es 140. Posee una aceptable validez, fiabilidad test-retest (.95) y la consistencia interna (.91) (Joy et al., 2010; Weitzner & McMillan, 1999). En nuestra muestra la confiabilidad fue de .86.

Calidad de Vida (Paciente)

La calidad de vida del paciente, se evaluó a partir de la escala EORTC QLQ-C30 elaborada por el grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC), evalúa la calidad de vida del paciente oncológico. Dicho instrumento incluye cinco escalas funcionales, tres escalas de síntomas, una escala global de salud/calidad de vida, e ítems individuales. Consta de 30 ítems, que se evalúan mediante una escala Likert con 4 opciones (“En Absoluto”, “Un Poco”, “Bastante”, “Mucho”),

excepto en la escala global que se califica de 1 a 7. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100, cuenta con una confiabilidad de entre .70 y .87 (Fayers et al., 2001; Hernández & Landero, 2014). En la presente muestra se reportó .72 de confiabilidad.

Optimismo

Se midió el optimismo como estilo interactivo de personalidad a través de la escala OIS-García (El optimismo como estilo interactivo de personalidad) proporciona una estimación de la probabilidad de que el individuo posee un estilo interactivo particular, en un grado diferente de otras personas. Fue diseñada en población mexicana se validó en una muestra de familiares de pacientes con cáncer. Está compuesta por 10 ítems. La escala tipo Likert muestra una puntuación de 1 a 4 ("Sí", "Parece que sí", "Parece que no", y "No"). La escala mostró una consistencia interna de alfa de Cronbach de .70 (García et al., 2013). La confiabilidad de dicha escala aplicada a nuestra muestra fue de .65.

Apoyo Social

El apoyo social se evaluó a partir del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11, fue elaborado por Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan en 1988, con el propósito de medir "apoyo social funcional percibido". Se utilizó la versión de Bellón, Delgado, Luna y Lardelli (1996). Contiene 11 ítems dividido en dos subescalas: apoyo confidencial (7 ítems) y apoyo afectivo (4 ítems). Evaluado mediante una escala Likert con 5 opciones de respuesta ("Mucho

menos de lo que deseo”, “Menos de lo que deseo”, “Ni mucho ni poco”, “Casi como lo deseo”, “Tanto como lo deseo”). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. El alfa de Cronbach de la escala es de .90, el de la subescala de Apoyo Confidencial de .88, y el del Apoyo Afectivo, de .79. La cual tiene un índice de fiabilidad de .92. En la presente investigación se mostró .86 de confiabilidad.

Carga

El concepto carga se evaluó con la escala de Carga del Cuidador de Zarit (Escala de Carga de Zarit) instrumento que está diseñado para medir la carga percibida por el cuidador. Se utilizó la versión de Galindo-Vazquez et al. (2014) la cual fue validada en muestra mexicana. Se agrupa en tres subescalas. Un índice de puntuación se obtiene sumando los 22 elementos que conducen a un rango de puntuación total carga de 0-88, se evalúan mediante una escala Likert con 5 opciones (“Nunca”, “Casi Nunca”, “Algunas Veces”, “Algunas veces”, “Casi Siempre”, “Siempre”) con una ponderación de 1 a 5. En muestra mexicana, la consistencia interna de la escala global fue de ($\alpha=.90$), las alfas de Cronbach de las subescalas individuales fueron .90 para el impacto cuidador, .74 para la relación interpersonal y de .67 para las expectativas de autoeficacia. En la presente muestra se obtuvo .91 de confiabilidad.

Ansiedad y Depresión

Dicho constructo se midió con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) creada por Zigmond y Snaith, el propósito es identificar la presencia de

sinomatología ansiosa y depresiva en el contexto hospitalario. Se utilizará la escala validada en población mexicana por Galindo et al. (2015), dicho instrumento se presentó similar a la versión original con 12 reactivos, se evalúan mediante una escala Likert con 4 opciones, con puntuación del 0 al 3. Obtuvo una consistencia interna de .86 en la escala global, los alfas de Cronbach de cada subescala tuvieron un valor de .79 (6 reactivos) en ansiedad y .80 (6 reactivos) en la subescala de depresión. Se reportó .79 de confiabilidad en nuestra muestra.

PROCEDIMIENTO

Diseño utilizado:

El presente estudio con un diseño correlacional, longitudinal.

Procedimiento:

El periodo de reclutamiento fue entre enero 2016 y enero del 2017, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión que se mencionaron, la muestra fue reclutada en la Unidad Médica de Altas Especialidades No. 25 del IMSS.

Las pacientes fueron contactadas en la consulta de oncología quirúrgica de la unidad mencionada, previamente se revisó el expediente clínico para observar los criterios de inclusión médicos. Al tener contacto con los pacientes y su respectivo cuidador, se revisaron los criterios de inclusión psicológicos para después firmar el consentimiento informado, se inició la aplicación del

cuestionario T1 de forma presencial en los consultorios o sala de espera del Hospital. La evaluación del cuestionario de T2 fue llevada a cabo mediante dos medios: presencial y telefónico (debido a que no podían presentarse los participantes en el Hospital).

Análisis de Datos:

Los datos fueron capturados y analizados en el programa SPSS. Se obtuvieron datos descriptivos de las variables y realizó la prueba de normalidad en base a la cual se decidió utilizar pruebas no paramétricas. Para el análisis de comparación se realizó la prueba de Wilcoxon. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la relación de las variables, en el análisis de regresión se interpretó la r ajustada para determinar la variable que más impacta la calidad de vida de los cuidadores.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se realizaron los análisis estadísticos de los datos con el fin de cumplir con los objetivos descritos al inicio del trabajo.

EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS

De acuerdo al objetivo 1 y 2, se presentan en la tabla 3 los puntajes obtenidos de las escalas de calidad de vida y las variables psicológicas que fueron evaluadas en el paciente y cuidador en los dos momentos del tratamiento. Como se puede observar, las dimensiones de la calidad de vida del cuidador no presentan cambios significativos en los dos momentos del tratamiento; en cuanto a las variables psicológicas solo se observaron cambios significativos en las variables de ansiedad y depresión las cuales muestran una tendencia a disminuir en la evaluación del tratamiento adyuvante (T2).

Referente a la calidad de vida de las pacientes aunque se observa que la calidad de vida total y la salud percibida de las pacientes disminuye y los síntomas aumentan en el tratamiento adyuvante (2), estos cambios no fueron significativos. En las variables psicológicas se obtuvieron diferencias significativas en ansiedad y apoyo social mostrando una tendencia a disminuir en el tratamiento adyuvante.

Tabla 3. Comparación de calidad de vida y variables psicológicas

Variable	Rango de la Escala	Media (DE)							
		Paciente				Cuidador			
		T1		T2		T1		T2	
Calidad de Vida	0 - 140					104.28 (16.29)		106.85 (15.45)	
Carga						26.88 (8.16)		27.74 (7.32)	
Disruptivo						24.88 (3.73)		25.02 (3.69)	
Adaptación Positiva						18.42 (5.17)		19.31 (3.96)	
Preocupación						9.65 (2.70)		9.65 (2.64)	
Financiera									
Otros						24.42 (4.46)		25.11 (3.99)	
Calidad de Vida	0 - 100	86.64 (8.76)		84.76 (8.71)					
Salud percibida		78.57 (14.61)		73.33 (16.76)					
Funcionamiento		86.10 (9.00)		87.50 (7.70)					
Síntomas		11.6 (10.1)		14.5 (8.90)					
Optimismo	10 - 40	35.43 (4.06)		36.09 (3.24)		35.34 (3.86)		35.31 (3.12)	
Apoyo Social	11 - 55	46.06 (7.97)		43.63 (6.93)**					
Ansiedad	0 - 18	6.17 (4.16)		2.28 (2.80)**		6.03 (4.96)		3.74 (1.72)*	
Depresión	0 - 18	2.29 (2.80)		(2.77) (2.86)		2.40 (2.38)		1.74 (2.09)*	
Sobrecarga	22 - 110					35.11 (12.57)		34.91 (9.22)	

*p < .05 **p < .01

RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES

De acuerdo al objetivo 3, se realizó el análisis de correlación cuyos resultados se presentan en la tabla 4 y 5

A partir de la correlación de calidad de vida y variables psicológicas del cuidador en el tiempo 1 (T1), los resultados muestran una relación negativa y significativa entre calidad de vida del cuidador (CQOL), sobrecarga, ansiedad y depresión del cuidador. En el tiempo 2 (T2), los resultados muestran una relación positiva y significativa entre CQOL y optimismo, y una relación negativa y significativa entre CQOL, sobrecarga, ansiedad y depresión del cuidador.

Tabla 4. Correlaciones de calidad de vida y variables psicológicas del cuidador

		CQOL	Optimismo	Sobrecarga	Ansiedad	Depresión
T1	CQOL	1				
	Optimismo	.315	1			
	Sobrecarga	-.604**	-.161	1		
	Ansiedad	-.575**	-.057	.365*	1	
	Depresión	-.674**	-.370*	.527**	.335*	1
T2	CQOL	1				
	Optimismo	.343*	1			
	Sobrecarga	-.585**	-.214	1		
	Ansiedad	-.498**	.009	.594**	1	
	Depresión	-.784**	-.263	.399*	.458**	1

*p < .05 **p < .01

La tabla 5 nos muestra en T1 una relación positiva y significativa entre CQOL y optimismo del paciente. En T2 se observa una relación positiva y significativa entre CQOL, calidad de vida del paciente (QLQ) y optimismo, y una relación negativa y significativa entre CQOL y depresión.

Tabla 5. Correlaciones de calidad de vida del cuidador y calidad de vida, variables psicológicas del paciente

		CQOL	Optimismo	Apoyo Social	Ansiedad	Depresión
T1	QLQ	.104	.088	.220	-.550**	-.532**
	Optimismo	.344*	1			
	Apoyo Social	-.047	.253	1		
	Ansiedad	-.162	.085	-.202	1	
	Depresión	-.327	-.019	-.083	.627**	1
T2	QLQ	.431**	.356*	-.113	-.351*	-.620**
	Optimismo	.448**	1			
	Apoyo Social	.055	.269	1		
	Ansiedad	-.154	-.151	-.045	1	
	Depresión	-.423*	-.387*	-.009	.697**	1

*p < .05 **p < .01

ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE

Se realizó el análisis de regresión múltiple para cubrir el objetivo 4, para ello se utilizó el método de introducción con los criterios del programa (entrada de variable .05 y eliminación .10). En la regresión múltiple con la calidad de vida del cuidador en T1 como variable dependiente, el optimismo del paciente y la ansiedad, depresión y sobrecarga del cuidador en T1 como variables independientes (Tabla 6), se obtuvo un modelo en el que dichas variables explican el 75% de la varianza de la calidad de vida del cuidador.

Tabla 6. Análisis de Regresión de calidad de vida del cuidador en T2

CQOL T1 (VD)	B	Beta	T
Constante	100.6		7.1**
Optimismo T1 (Paciente)	1.01	.253	2.8**
Ansiedad T1 (Cuidador)	-1.32	-.403	-4.4**
Depresión T1 (Cuidador)	-1.58	-.231	-2.0*
Sobrecarga T1 (Cuidador)	-.584	-.450	-3.9**

CQOL. Calidad de vida del cuidador T1

$R = .887$, $R^2 = .786$, $R^2_{aj} = .757$ $F = 27.53$, $gl = 4$, $p .000$

En la regresión múltiple con la calidad de vida del cuidador en T2 como variable dependiente y como variables independientes del cuidador optimismo, depresión, ansiedad y sobrecarga T2, las variables independientes del paciente optimismo, depresión y calidad de vida T2 (Tabla 7), se obtuvo un modelo con las variables de sobrecarga y depresión del cuidador T2 como variables predictivas con un cambio de F fue significativo ($p < .01$) explicando el 58% de la varianza.

Tabla 7. Análisis de Regresión de calidad de vida del cuidador en T2

CQOL T2 (VD)	B	Beta	T
Constante	134.5		.19.0**
Sobrecarga T2 (Cuidador)	-.594	-.355	-2.73*
Depresión T2 (Cuidador)	-3.95	-.535	-4.13**

CQOL. Calidad de vida del cuidador T2

$R = .783$, $R^2 = .612$, $R^2_{aj} = .588$ $F = 25.27$, $gl = 2$, $p .000$

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo describir la calidad de vida y las variables psicológicas del grupo de pacientes con cáncer de mama y el grupo de cuidadores principales, así como describir la relación entre la calidad de vida, optimismo, apoyo social, carga, depresión y ansiedad de cuidadores principales y pacientes de cáncer de mama. Y determinar por medio de la regresión múltiple cuál es la variable que más influye en la calidad de vida del cuidador.

Los objetivos planteados en este estudio fueron cumplidos, los análisis nos llevan a discutir los resultados. Comenzando con los datos sociodemográficos encontrados en los cuidadores, los cuales en su mayoría son mujeres similares a los trabajos de Khanjari et al. (2012) con un 60%. En cuanto a los pacientes se encontró una media de 49 años, dentro del rango de edad de 30 a 59, como lo menciona el INEGI (2014 b) con estadísticas de Nuevo León.

Con respecto al primer objetivo, se encontró que la calidad de vida de los cuidadores no presenta cambios significativos, similar a los resultados de Grov y Valeberg (2012) evaluados en fase paliativa y curativa en cuidadores de distintos tipos de cáncer. En lo opuesto, Bonnaud-Antignac, Hardouin, Leger, Dravet y Sebillé (2012) encontraron que la calidad de vida del cuidador de paciente con cáncer de mama cambio con el tiempo, evaluaron después del diagnóstico, al terminar tratamiento y seis meses después de tratamiento.

En nuestro estudio el nivel de ansiedad y depresión de los cuidadores mostraron una tendencia a disminuir en la evaluación del tratamiento adyuvante partiendo de un nivel leve de ansiedad a un nivel sin ansiedad y en la depresión

se mantuvo en un rango de sin depresión acercándose más al cero en T2. Similar a nuestros resultados Lee et al. (2017) en una muestra de cuidadores de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, encontraron que durante el período de seguimiento de 6 meses, la gravedad de la depresión y ansiedad de los cuidadores disminuyó significativamente, el trastorno depresivo disminuyó gradualmente durante el curso del tratamiento, comenzando con un 14.7% en el momento del diagnóstico y cayendo al 14.6% y al 12.9% mientras que su calidad de vida mejoró significativamente.

Con un diseño transversal, (Heidari et al., 2012) mencionan que cuidadores de pacientes con cáncer de mama que asistían de forma ambulatoria, se muestran en alto porcentaje afligidos por depresión leve y moderada, diferente a lo encontrado en este estudio en el cual encontramos un nivel sin depresión en T1 y T2.

El nivel de sobrecarga de los cuidadores no presentó cambios durante los dos momentos de evaluación, la media que encontramos de sobrecarga es similar a la de Vahidi et al. (2016) con una media de 30.55 (+- 19.18) evaluados con la escala de Zarit, donde el criterio de inclusión fue que la paciente del cuidador tuviera el diagnóstico de cáncer de mama después de al menos de 8 semanas. Estos resultados coinciden con Krug, Miksch, Peters-Klimm, Engeser y Szecsenyi (2016) donde concluyen que la carga del cuidador fue moderada y en promedio no cambió con el tiempo.

En el periodo paliativo y terminal se observan resultados opuestos, Grunfeld et al. (2004) evaluaron a cuidadores y pacientes con cáncer de mama cada 3 meses durante el período paliativo y cada 2 semanas durante el período terminal y encontró que tenían un mayor nivel de carga percibida al inicio del período terminal, que al comienzo del período paliativo.

En cuanto al nivel de las variables de las pacientes, encontramos que la

calidad de vida total y la salud percibida de las pacientes disminuye en el tratamiento adyuvante; de forma semejante Shouman, Ezz, Gado y Goda (2016) reportó en pacientes con cáncer de mama, que la quimioterapia postoperatoria, la dificultad para obtener la medicación y la edad en el momento del diagnóstico son los factores relacionados con la enfermedad que afectan la calidad de vida. Del mismo modo Jiayuan, Yuqiu, Ziwei, Yong y Guangchun (2016) encontraron que la calidad de vida fue más baja en el tercer ciclo de quimioterapia y más alta en el primer ciclo. Con la misma tendencia Krug et al. (2016) mencionan en una muestra de pacientes paliativos que se evaluaron en intervalo de 6 meses hasta la muerte, que la calidad de vida general aumentaba hacia el final de la vida, aunque reportaron que el funcionamiento físico se deterioró.

Los tratamientos para el cáncer independientemente del tipo que se utilice con frecuencia generan ansiedad, la pérdida de una parte del cuerpo o de sus funciones genera alteraciones de la imagen corporal que llevan al paciente a una reacción anímica de ansiedad y depresión (Gómez & Granados, 2013). En nuestros resultados la ansiedad mostró una tendencia a disminuir en el tratamiento adyuvante, con puntuaciones similares Fernández et al. (2011) en su grupo de pacientes con tumores de mama, la puntuación media de ansiedad antes de iniciar el tratamiento fue significativamente más alta que las obtenidas en el segundo, tercero y último ciclo de quimioterapia.

Mehnert y Koch (2007) muestra similitud con nuestro resultado al mostrar un puntaje de ansiedad más alto después de cirugía de cáncer de mama (T1) en comparación a seis meses de seguimiento (T2), la ansiedad y la depresión revelan tasas de 39,6% (T1) y 32,7% (T2) para la ansiedad, así como 16,0% (T1) y 13,3% (T2) para la depresión (T1). Las conclusiones de Dragomir, Fodoreanu y Rancea (2013) son similares a las de nuestro estudio, donde una muestra de pacientes postoperadas de cáncer de mama, tienen una prevalencia importante de la depresión y la ansiedad lo que altera significativamente su

calidad de vida y la de sus cuidadores, reduciendo sus capacidades funcionales y generando un mayor nivel de sintomatología y sufrimiento subjetivo.

En este estudio no se encontraron cambios significativos en la depresión, obteniendo datos similares a los de Fernández et al. (2011) con un estudio longitudinal en pacientes oncológicos durante quimioterapia. Burgess et al. (2005) obtuvieron resultados diferentes ya que se muestra que casi el 50% de las mujeres con cáncer de mama temprano tuvieron depresión, ansiedad o ambas en el año después del diagnóstico, el 25% en el segundo, tercer y cuarto año y 15% en el quinto año. La prevalencia puntual fue de 33% en el diagnóstico, cayendo al 15% después de un año, 45% de los pacientes con recurrencia experimentaron depresión, ansiedad o ambos en los tres meses posteriores al diagnóstico.

Nuestros hallazgos con respecto al tercer objetivo muestran que después de cirugía (T1) y durante adyuvancia (T2), a mayor puntaje de calidad de vida del cuidador menor sobrecarga, ansiedad y depresión del mismo, mostrando una correlación negativa. Heidari et al. (2012) encontraron resultados similares a los del presente estudio, la depresión tiene una fuerte correlación negativa con la calidad de vida y los participantes con depresión tenían más probabilidad de tener una calidad de vida global más baja. Asimismo, Zhu et al., (2014) encontraron que la carga de los cónyuges cuidadores tuvo un efecto adverso en su calidad de vida.

Con resultados opuestos Song, Northouse, Braun, Zhang y Cimprich, (2011) demostraron que había correlaciones en la calidad de vida entre los pacientes con cáncer de próstata y las parejas, que permanecieron constantes durante la supervivencia del paciente, al inicio, los 4, 8 y 12 meses de seguimiento, en nuestro estudio el resultado de la correlación de calidad de vida fue diferente en los dos momentos.

En cuanto a la correlación entre sobrecarga y depresión, se observó que es de forma positiva y significativa, estos resultados son similares a lo reportado por Srinivasagopalan, Nappinnai y Solayappan (2015) que mencionan que los cuidadores de personas que sufren de enfermedades oncológicas corren el riesgo de sufrir consecuencias de salud mental, al mostrar que las puntuaciones de carga eran altas, las puntuaciones de depresión también fueron altas en cuidadores de pacientes con cáncer de mama y cervix.

Estudios similares, encontraron otras variables que se correlacionaron con variables psicológicas del cuidador. Un estudio mostró que la puntuación total de calidad de vida de los pacientes y las dimensiones sociales y familiares de la calidad de vida, estaban asociadas con la puntuación total y cada dimensión de la calidad de vida de sus cuidadores (Chen et al., 2004). La depresión de los cuidadores y la carga percibida aumentan a medida que disminuye el estado funcional de los pacientes (Grunfeld et al., 2004). Las modalidades de tratamiento se correlacionan con las puntuaciones de carga en los cuidadores de cáncer de mama (Srinivasagopalan et al., 2015).

Referente a nuestro último objetivo, la sobrecarga, ansiedad y depresión del cuidador y el optimismo del paciente, que se manifiesta después de cirugía son las variables que más influyen en la calidad de vida del cuidador después de cirugía. La depresión y sobrecarga del cuidador en T2 son las variables que más influyen en la calidad de vida del cuidador durante tratamiento adyuvante (T2).

Similar a nuestro resultado, Germain et al. (2017) mencionan que los principales determinantes de la calidad de vida del cuidador se refieren a factores inherentes al cuidador como la edad y la carga percibida. En otro estudio, las puntuaciones de calidad de vida del cuidador mostraron una disminución en las dimensiones de papel emocional y dolor corporal durante 6 meses. Además, uno de cada diez de los cuidadores de pacientes con cáncer de mama tenía un

trastorno de ansiedad diagnosticable (Din, Jaafar, Zakaria, Saini, Ahmad & Midin, 2017).

En estudios similares, muestran que entre las variables del paciente, la gravedad de los síntomas tiene un efecto sobre la salud mental del cónyuge cuidador y entre las variables del cuidador, la carga tuvo un efecto adverso en la calidad de vida de los mismos (Zhu et al., 2014). La angustia emocional de los cuidadores familiares fue el factor más importante que determinó los aspectos generales y negativos de la calidad de vida de los cuidadores, en una muestra de diversos tipos de cáncer (Choi, Hwang, Hwang, Lee, & Kim, 2015).

En base a lo anterior, podemos concluir que el proceso de enfermedad oncológico que vive el paciente, no solo le afecta a él, sino también influye en el cuidador principal impactando en su estado psicológico. Tomar en cuenta las necesidades de los dos papeles en este proceso de enfermedad será importante para crear un ambiente y adherencia favorable al tratamiento.

De esta manera para entender la adaptación de los pacientes a su enfermedad, es esencial mirar si el cuidador es capaz de desempeñar un papel de apoyo (Bonnaud-Antignac et al., 2012). La asistencia y la información a través de la educación y la intervención de los profesionales de la salud es la clave para mejorar la capacidad de los cuidadores para mejorar su calidad de vida (Heidari et al., 2012).

El entrenamiento de habilidades de cuidado y la provisión de cuidados paliativos parecen útiles para reducir la carga de cuidadores familiares para pacientes con cáncer de mama (Vahidi et al., 2016).

LIMITACIONES

La muestra representada en este estudio a comparación de la primera

evaluación, fue menor. Uno de los factores que disminuyó la muestra fue la dificultad en el medio de contacto para realizar la segunda evaluación.

RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

Se recomienda valorar la versión específica de mama de calidad de vida del grupo EORTC para conocer la sintomatología específica de este padecimiento.

Puede ser necesario aclarar mediante estudios longitudinales adicionales en la misma población (Chen et al., 2004), ya que se encontró escasa información en los distintos momentos de la enfermedad, mismos que ayudarán a conocer cómo se encuentra el cuidador y paciente en relación al aspecto psicológico a partir del diagnóstico, durante y después del tratamiento y cómo sobreviviente. De esta manera crear intervenciones adecuadas a las necesidades y demandas psicológicas del momento. La falta de atención a los cuidadores es una brecha importante en el cuidado de la salud, es por esto que se recomienda que las intervenciones deban ser diseñadas e implementadas a cuidadores formales y cuidadores familiares que ofrezcan habilidades y recursos a los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11); 1-6.
- Alfaro-Ramírez, O., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B., & Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 485–494.
- Allison, J., Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology* 23(3), 299–306. doi: 10.1002/pon.3418
- American Cancer Society [ACS].. (2010). Principios de la quimioterapia: Análisis exhaustivo de las técnicas y su papel en el tratamiento del cáncer. Recuperado de: <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/physicalsideeffects/fatigue/fatigue-landing>
- American Cancer Society [ACS]. (2014). Cáncer de seno, mama. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23, 299-306. doi: 10.1002/pon.3418

- Aragón, J. (2009). Epidemiología del cáncer en México. En E. Medina-, R. Martínez (Eds.). *Fundamentos de Oncología* (pp. 23-28). Recuperado de www.FreeLibros.com
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V., & Villarreal, P. (2011). Onco Guía: Cáncer de Mama. *Cancerología*, 6(11), 77–86.
- Arraras, J., Martínez, M., Manterota, A., & Laínez, N. (2004). La Evaluación De La Calidad De Vida Del Paciente Oncológico. El Grupo De Calidad De Vida De La Eortc. *Psicooncología*, 1(1), 87–98.
- Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2008). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. En Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos (Eds.), *Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa* (237–250pp.). Recuperado de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t91.pdf>
- Barrón, B., & Alvarado, S. (2009). Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Cancerología*, 4, 39–46.
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver Burden, a critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 431-441.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J., & Lardelli, C. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Revista: Atención Primaria*, 18 (4), 153-163.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review.

Journal Psychosom Res, (2), 69-77.

Bonnaud-Antignac, A., Hardouin, J., Leger, J., Dravet, F., & Sebille, V. (2012). Quality of Life and Coping of Women Treated for Breast Cancer and Their Caregiver. What are the Interactions?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(3), 320-328.

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 26(330). doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3

Brintzenhofe-Szoc, K. M., Levin, T. T., Li, Y., Kissane, D. W., & Zabora, J. R. (2009). Mixed Anxiety/Depression Symptoms in a Large Cancer Cohort: Prevalence by Cancer Type. *Psychosomatics*, 50, 4.

Camacho, L., Hinostrosa, G., & Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería Universitaria*, 7(4), 35-41

Caqueo-Urizar, A., Segovia-Lagos, P., Urrutia-Urrutia, Ú., Castillo, C. M., & Navarro, E. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 10(1), 95–108. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41950

Carver, C., Lehman, J., & Antoni, M. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 813–821. doi:10.1037/0022-3514.84.4.813

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D.

- S., ... Clark, K.(1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65(2), 375– 390.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clin Psychol Rev*, 30, 879–889
- Carver, C. S., & Sheier, M. F. (2014). Dispositional Optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293–299 . doi:10.1016/j.tics.2014.02.003
- Chen, M. L., Chu, L., & Chen, H. C. (2004). Impact of cancer patients' quality of life on that of spouse caregivers. *Support Care Cancer*, 12(7), 469-475.
- Choi, Y., Hwang, S., Hwang, I., Lee, Y., & Kim, Y. (2015), Factors associated with quality of life among family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(2), 217-224. doi: 10.1002/pon.3904
- Dehle, C., Larsen, D., & Landers, E. (2001). Social support in marriage. *American Journal of family Therapy*, 29(4), 307-324
- Din, S. H. S., Jaafar, N. R. N., Zakaria, H., Saini, S. M., Ahmad, S. N. A., & Midin, M. (2017). Anxiety disorders in family caregivers of breast cancer patients receiving oncologic treatment in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(2), 465-471. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.2.465
- Dragomir, B., Fodoreanu, L., & Rancea, A. (2013). The impact of depression and anxiety on the quality of life in nonmetastatic breast cancer patients in postoperative evaluation. *Clujul Medical*, 86(1), 48–52.
- Expósito, M., (2013). Características sociodemograficos de cuidadores

primarios de mujeres con cáncer de mama. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(4).

Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3^a ed.). Bruselas: European Organization for Reserch and Treatment of Cancer.

Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Amigo, I., Fernández, R., & Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Pscicothema*, 23(3), 374-381

Friedman, L. C., Kalidas, M., Elleedge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., ... Liscum, K.R. (2006). Optimism, Social Support and Psychosocial Functioning Among Women With Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595–603. doi: 10.1002/pon.992

Galindo, O., Beranjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. L., ... Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncologicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253–258. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.035

Galindo-Vazquez, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M. H., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Meneses-Garcia, A., ... Alvarado-Aguilar, S. (2014). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 1–4. doi:10.1002/pon.3686

García, C., Díaz, H., Telléz, A., Lopez, F., Martínez, J., Sanchez, L., & García, E. (2013). Construct and Convergent Validity of the OIS-García (Optimist

Interactive) Scales in a Mexican Population. *Psychology Research*, 3(9), 518–528.

García, C., Díaz, H., Telléz, A., Ramirez, A., Ramirez, E., & Perez, E. (2016). Toward a global conceptualization and measurement in positive psychology. Population. *Psychology Research Progress*, Cap2, 3(9), 21-42

Garza, J. G., & Juárez, P. (2014). *El cáncer* [DX Reader version]. Recuperado de http://issuu.com/rodrigossotomoreno/docs/libro_cancer

Germain, V., Dabakuyo-Yonli, T., Marilier, S., Putot, A., Bengrine-Lefevre, L., Arveux, P., ... Quipourt, V. (2017). Management of elderly patients suffering from cancer: Assessment of perceived burden and of quality of life of primary caregivers. *Journal of Geriatric Oncology*, 8(3), 220-228. doi:10.1016/j.jgo.2016.12.001

Gómez, A., & Granados, M. (2013). *Manual de Oncología Procedimientos médico quirúrgicos*. (5 ed). México: Mc Graw Hill.

Greer, J. A., Pirl, W. F., Park, E. R., Lynch, T. J., & Temel, J. S. (2008). Behavioral and psychological predictors of chemotherapy adherence in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 549–552.

Grov, E. K., & Valeberg, B. T. (2012). Does the cancer patient's disease stage matter? A comparative study of caregivers' mental health and health related quality of life. *Palliat Support Care*. 10(3), 189–196. doi:10.1017/S1478951511000873

Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C., ... Glossop,

- R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1795–1801. doi:10.1503/cmaj.1031205
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J., & Hietanen, P. (2010). Predictors of distress in cancer patients and their partners -The role of optimism in the sense of coherence construct . *Psychology & Health*,.
- Heidari, M. A., Bouzar, Z., Haghshenas, M., Kasaeeyan, A. A., Sadeghi, M. R., & Didehdar Ardebil, M. (2012). Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC Research Notes*, 5(1), 310. doi:10.1186/1756-0500-5-310
- Hernández, F., & Landero, R. (2014). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica UST*, 11(1), 99–104.
- Hyphantis, T., Paika, V., Almyroudi, A., Kampletsas, E. O., & Pavlidis, N. (2011). Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: A one-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 411–421. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.011
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014 a). Estadísticas a Proposito del Día Internacional Contra el Cáncer de Mama. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=inegi&c=2928&pred=1>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014 b). Estadísticas a Proposito del Día Mundial Contra el Càncer de Mama. Recuperado de

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aProposito.asp?s=inegi&ep=149&c=2900>

Jarne, A., Talarn, A., Aramayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=GL39_Yi_HQEC&pg=PA119&dq=ansiedad+definicion&hl=es419&sa=X&ei=4kJUVei9D8KNyATWoIDYAQ&ved=0CCAQ6AEwAQ#v=onepage&q=ansiedad%20definicion&f=false

Jiayuan, Z., Yuqiu, Z., Ziwei, F., Yong, X., Guangchun, Z. (2016). Longitudinal Trends in Anxiety, Depression, and Quality of Life During Different Intermittent Periods of Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. *Cancer Nursing*, doi: 10.1097/NCC.0000000000000451

Joy, G., Broxson, A., Munsell, M., & Cohen, M. (2010). Caring for the Caregiver. *Oncology Nursing Forum*, 37 (1).

Juárez, D., & Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica*, 6(2), 79–87.

Khanjari, S., Oskouie, F., & Langius-Eklöf, A. (2012). Lower Sense of Coherence, Negative Religious Coping, and Disease Severity as Indicators of a Decrease in Quality of Life in Iranian Family Caregivers of Relatives With Breast Cancer During the First 6 Months After Diagnosis. *Cancer Nursing*, 35(2), 148–156. doi:10.1097/NCC.0b013e31821f1dda

Kim, Y., Baker, F., & Spillers, R. L. (2007). Cancer Caregivers' Quality of Life: Effects of Gender, Relationship, and Appraisal. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(3). doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.11.012

Kim, Y., Carver, S. C., Rocha-Lima, C., & Shaffer, K. M. (2013). Depressive

- symptoms among caregivers of colorectal cancer patients during the first year since diagnosis: a longitudinal investigation. *Psycho-Oncology* 22, 362–367 (2013).
- Kim, Y., & Given, B. (2008). Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Survivors. *Supplement to Cancer*, 112(11), 2556–2568. doi.org/10.1002/cncr.23449.
- Kim, Y., Spillers, R., & Hall, D. (2012). Quality of life of family caregivers 5 years after a relative's cancer diagnosis: follow-up of the national quality of life survey for caregivers. *Psycho-Oncology*, 21(3), 273–81. doi:10.1002/pon.1888.
- Kim, Y., & Spillers, R. L. (2010). Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 19(4), 431–440. doi:10.1002/pon.1576
- Kitrungroter, L., & Cohen, M. Z. (2006). Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *Oncology Nursing Forum*, 33(3), 625–632.
- Knapp, E., & Delgado, I. (1990). Psicología, Cáncer y Dolor. *Revista Cubana de Psicología*, 7(2), 129-135.
- Krug, K., Miksch, A., Peters-Klimm, Engeser, P., & Szecsenyi, J. (2016). Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. *BMC Palliative Care*, 15(4), doi: 10.1186/s12904-016-0082-y
- Landero, R., & González, M. T. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 16 (2), 149-157.

- Lee, C., Lee, Y., Wang, L., Chien, C., Fang, F., & Lin., P. (2017). Depression, anxiety, quality of life, and predictors of depressive disorders in caregivers of patients with head and neck cancer: A six-month follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.07.002
- Lee, Y., Liao, Y., Liao, W., Shun, S., Liu, Y., Chan, J., ... Lai, Y. (2013). Anxiety, depression and related factors in family caregivers of newly diagnosed lung cancer patients before first treatment. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2617–2623. doi:10.1002/pon.3328
- Li, Q., & Loke, A. Y. (2013). A spectrum of hidden morbidities among spousal caregivers for patients with cancer, and differences between the genders: a review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 578–587. doi:10.1016/j.ejon.2013.01.007
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 343-351.
- Maté, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16(3), 181-188.
- Mera, P. C., Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78

- Milbury, K., Badr, H., Fossella, F., Pisters, K. M., & Carmack, C. L. (2013). Longitudinal associations between caregiver burden and patient and spouse distress in couples coping with lung cancer. *Support Care Cancer*, 21(9), 2371–2379. doi:10.1007/s00520-013-1795-6
- Montorio, I., Fernández, M. I., López, A., & Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229–248.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life research*, 14(8), 1825-1833.
- Northouse, L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., ...Decker, V. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 4050–4064.
- Obaidi, J. G., & Al-Atiyyat, N. (2013). Quality of life among primary caregivers of women with breast cancer: A review. *Middle East Journal of Cancer*, 4(2), 45–49.
- Oblitas, L. A. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances En Psicología*, 16(1), 9–38.
- Organización Mundial de la Salud. (2015 a). Cáncer. Nota descriptiva N° 297. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015 b). Cáncer de mama: prevención y

control. Recuperado de
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015 c). Depresión. Recuperado de
<http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015 d). La Depresión. Nota descriptiva N° 369. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Ornelas-Mejorada, R. E., Tufiño, M. A., & Sánchez-sosa, J. J. (2011). Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401–414.

Ozalp, G., Sarioglu, R., Tuncel, G., Aslan, K., & Kadiogullari, N. (2003). Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 47(1), 26-9.

Pastells, S., & Font, A. (2014). Optimismo Disposicional y Calidad de Vida en Mujeres con Càncer de Mama. *Psicooncologia*, 11, 19–29. doi:10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44914

Puerto, H., & Carrillo, G. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista de la Univeridad Industrial de Santander*, 47(2)

Rajandram, R. K., Ho, S. M., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC Research Notes*, 4, 519. doi:10.1186/1756-0500-4-519

- Ramírez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*, 14(4), 207–222.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256. doi: 10.1007/s12160-009-9111-x
- Raymundo, O., & Ayala, S. (2011). Impacto del Tratamiento y Fases Psicológicas que Atraviesa el Paciente con Cáncer. *Revista Psicológica Trujillo*, 13(1), 59–73.
- Reich, M., & Remor, E. (2010). Vraibales psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 177-221
- Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-7. doi: 10.1016/j.ejon.2015.01.004
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, B. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervencion y apoyo psicosocial. *Rev. Med. Clin. Condes*, 24(4), 677-684.
- Rodríguez, M., Pastor, M. A., & López, R. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, (5), 349-372
- Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, pessimism and health: Assessment and implication of generalized outcomes expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

- Shouman, A., Ezz, N., Gado, N., & Goda, A. (2016). Quality of life in breast cancer sufferers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(7), 721-732, doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2015-0057
- Sklenarova, H., Krümpelmann, A., Haun, M. W., Friederich, H. C., Huber, J., Thomas, M., ... Hartmann, M. (2015). When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*, 121(9), 1513-1519. doi:10.1002/cncr.29223
- So, W., Marsh, G., Ling, W., Leung, F., Lo, J., Yeung, M., & Li, G. (2009). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*. doi:10.1016/j.ejon.2009.07.005
- Solberg, L., & Segerstrom, S. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235–251.
- Son, K. Y., Lee, C. H., Park, S. M., Lee, C. H., Oh, S. I., Oh, B., ... Lee, S. H. (2012). The factors associated with the quality of life of the spouse caregivers of patients with cancer: a cross-sectional study. *Journal of palliative medicine*, 15(2), 216–224. doi:10.1089/jpm.2011.0305
- Song, L., Northuose, L., Braun, T., Zhang, L. & Cimprich, B. (2011). Assessing longitudinal quality of life in prostate cancer patients and their spouses: a multilevel modeling approach. *Quality of life Research*, 20 (3), 371-381.
- Srinivasagopalan, Nappinnai & Solayappan (2015). A comparative study of caregiver burden in cáncer cérvix and cáncer breast illness. *International Journal of Medical Research And Health sciences*, 4 (3), 519-526.

- Swore, B., Miaskowski, C., Given, B., & Schumacher, K. (2012). The Cancer Family Caregiving Experience: An Updated and Expanded Conceptual Model. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 387–398. doi:10.1016/j.ejon.2011.09.001
- Tanriverdi, O., Yavuzsen, T., Turhal, S., Kilic, D., Yalcin, S., Ozkan, A., ... Cay-Senler, F. (2015). Depression and socio-economical burden are more common in primary caregivers of patients who are not aware of their cancer: TURQUOISE Study by the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *European Journal of Cancer Care*, 1–14. doi:10.1111/ecc.12315
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. *The handbook of health psychology*, (pp.189-214).
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 2, 145–159.
- Vahidi, M., Mahdavi, N., Asghari, E., Ebrahimi, H., Eivazi, Z., Hosseinzadeh, M., ... Kermani, A. (2016). Other Side of Breast Cancer: Factors Associated with Caregiver Burden. *Asian Nurs Res*, 10(3), 201-206. doi: 10.1016/j.anr.2016.06.002
- Valderrama, M., & Sánchez, R. (2017). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

- Vega, O. M., Ovallos, F., & Velásquez, N. (2012). Sobrecarga de los cuidadores de pacientes oncológicos usuarios de la Clínica Cancerològica, en San Jose de Cùcuta. *Investigaciòn, Enfermería Imagen Y Desarrollo*, 14(2), 85–95.
- Vera-Villarroel, P., & Buena-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: Relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista latinoamericana de Psicología*, 31(2), 271-289.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.
- Vodermaier, A., Linden, W., MacKenzie, R., Greig, D., & Marshall, C. (2011) . Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *British Journal of Cancer*, 105, 1814-1817.
- Weitzner, M. A., Mayers, A. C., & Steinbruecker, S. (1997). Developing a caregiver quality of life instrument, preliminary steps. *Cancer Pract*, 5(1), 25-31.
- Weitzner, M. A., Jacobsen, P. B., Wagner, H., Friedland, J., & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index–Cancer (CQOLC) Scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 8(1-2), 55–63.
- Weitzner, M. A., & McMillan, S. C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index—Cancer (CQOLC) Scale: revalidation in a home hospice setting. *J Palliat Care*, 15(2), 13–20.

- Williams, A., Holmes, A. J., Dixon, J., & McCorkle, R. (2013). Factors associated with depressive symptoms in cancer family caregivers of patients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*, 21, 2387–2394. doi:10.1007/s00520-013-1802y
- Yang, X., Wang, L., He, J., Ge, C., Chang, Y., Fu, J., ... Zhou, Y. (2012). Factors related to depressive symptoms among Chinese caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 21(10), 1063–1070. doi:10.1002/pon.1999
- Zarit, S., Reever, K., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 649–655.
- Zhu, P., Fu, J., Wang, B., Lin, J., Wang, Y., Fang, N., & Wang, D. (2014). Quality of Life of Male Spouse Caregivers for Breast Cancer Patients in China *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(10). 4181-4185. doi:10.7314/APJCP.2014.15.10.4181

ANEXOS

ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación de la correlación entre variables psicológicas y calidad de vida del paciente con cáncer de mama y su cuidador principal: un estudio longitudinal						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:							
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Con este estudio se espera evaluar las variables psicológicas y la calidad de vida en el paciente con cáncer de mama y su cuidador principal. Queremos conocer cómo impactan los aspectos psicológicos en la calidad de vida en dos momentos del tratamiento						
Procedimientos:	Usted como participante de la investigación tendrá que contestar unos cuestionarios psicológicos, estos se responderán en dos momentos del tratamiento de su paciente a cuidar: después de la cirugía y durante el tratamiento adyuvante. Para lo cual necesitamos su número telefónico para poderlos contactar en ambos momentos. Es muy importante que usted responda sinceramente todas las preguntas que se le hagan durante su participación en esta investigación.						
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no implica ningún riesgo para su salud.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio que se logrará a través de esta investigación será el conocer el estado de la calidad de vida de usted como cuidador y de su paciente, de esta manera proponer métodos de intervención tomando en cuenta a paciente y cuidador para lograr una mejor calidad de vida en el proceso de enfermedad.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos se analizan de manera grupal, de modo que si los datos de este estudio se publican en alguna revista científica usted no será identificado de manera alguna. Tiene derecho de recibir una copia de todos los resultados derivados de sus respuestas a los cuestionarios y una copia de este consentimiento informado.						
Participación o retiro:	Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo, es su elección y todos sus derechos serán respetados. El investigador puede también discontinuar su participación en este estudio sin su consentimiento si el determina que es benéfico para usted.						
Privacidad y confidencialidad:	La información que usted proporcione en los cuestionarios psicológicos y los resultados de los mismos, serán mantenidos en estricta confidencialidad.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Contribuir al conocimiento científico y al planteamiento de métodos de intervención psicológica.						

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Nombre: Dr. Absalón Espinoza Velazco, Matricula 99202215, adscrito al departamento de Cirugía Oncológica del Hospital de Especialidades No.25, Centro Médico Nacional del Noreste
Dirección: Antares 215, Col. Barrio estrella, Monterrey, Nuevo León. CP 64108.
Teléfono: 8122345297, Celular 8118017908. e-mail: dr_absalon@hotmail.com

Colaboradores:

Nombre: Dra. Dehisy Marisol Juárez García
Adscripción: Universidad Autónoma de Nuevo León
Cargo: Profesor de tiempo completo de la Facultad de Psicología e Investigador de la Unidad de Psicología de la Salud del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS) de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
Dirección: Cáceres 615, Col. Puerta de Hierro, Privada Alboran, Monterrey, Nuevo León CP. 64349. Teléfono: 13404370 Ext. 1768
e-mail: dehisy_jg@yahoo.com.mx

Nombre: Lic. Judith Estefanía Vázquez Mata
Adscripción: Estudiante de Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León UANL
Dirección: Jalostitlan 3917, Col. Los Altos, Monterrey, Nuevo León, C.P 64370
Teléfono celular: 8117491756
e-mail: judith.vzq@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación de la correlación entre variables psicológicas y calidad de vida del paciente con cáncer de mama y su cuidador principal: un estudio longitudinal
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Con este estudio se espera evaluar las variables psicológicas y la calidad de vida en el paciente con cáncer de mama y su cuidador principal. Queremos conocer cómo impactan los aspectos psicológicos en la calidad de vida en dos momentos del tratamiento
Procedimientos:	Usted como participante de la investigación tendrá que contestar unos cuestionarios psicológicos, estos se responderán en dos momentos de su tratamiento: después de la cirugía y durante el tratamiento adyuvante. Para lo cual necesitamos su número telefónico para poderlos contactar en ambos momentos. Es muy importante que usted responda sinceramente todas las preguntas que se le hagan durante su participación en esta investigación.
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no implica ningún riesgo para su salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio que se logrará a través de esta investigación será el conocer el estado de la calidad de vida de usted como paciente y de su cuidador, de esta manera proponer métodos de intervención tomando en cuenta a paciente y cuidador para lograr una mejor calidad de vida en el proceso de enfermedad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos se analizan de manera grupal, de modo que si los datos de este estudio se publican en alguna revista científica usted no será identificado de manera alguna. Tiene derecho de recibir una copia de todos los resultados derivados de sus respuestas a los cuestionarios y una copia de este consentimiento informado.
Participación o retiro:	Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo, es su elección y todos sus derechos serán respetados. El investigador puede también discontinuar su participación en este estudio sin su consentimiento si el determina que es benéfico para usted.
Privacidad y confidencialidad:	La información que usted proporcione en los cuestionarios psicológicos y los resultados de los mismos, serán mantenidos en estricta confidencialidad.
<p>En caso de colección de material biológico (si aplica):</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div> <p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p> </div> </div>	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Contribuir al conocimiento científico y al planteamiento de métodos de intervención psicológica.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Nombre: Dr. Absalón Espinoza Velazco, Matricula 99202215, adscrito al departamento de Cirugía Oncológica del Hospital de Especialidades No.25, Centro Médico Nacional del Noreste
Dirección: Antares 215, Col. Barrio estrella, Monterrey, Nuevo León. CP 64108.
Teléfono: 8122345297, Celular 8118017908. e-mail: dr_absalon@hotmail.com

Colaboradores:

Nombre: Dra. Dehisy Marisol Juárez García
Adscripción: Universidad Autónoma de Nuevo León
Cargo: Profesor de tiempo completo de la Facultad de Psicología e Investigador de la Unidad de Psicología de la Salud del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS) de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
Dirección: Cáceres 615, Col. Puerta de Hierro, Privada Alboran, Monterrey, Nuevo León CP. 64349. Teléfono: 13404370 Ext. 1768
e-mail: dehisy_jg@yahoo.com.mx

Nombre: Lic. Judith Estefanía Vázquez Mata
Adscripción: Estudiante de Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León UANL
Dirección: Jalostitlan 3917, Col. Los Altos, Monterrey, Nuevo León, C.P 64370
Teléfono celular: 8117491756
e-mail: judith.vzq@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

INSTRUMENTOS PARA CUIDADOR

N°

Favor de escribir o colocar una marca ☒ según sea el caso, en la categoría que usted elija de acuerdo a sus características. Los datos serán tratados de manera confidencial.

Datos del cuidador

Cuida actualmente de un paciente: Sí____ No____

Antecedentes de trastorno psiquiátrico o neuropsicológicos actuales: Sí____ No____

Se encuentra en Intervención Psicológica: Sí____ No____

Actualmente presenta algún tipo de cáncer: Sí____ No____

Ha padecido anteriormente algún tipo de cáncer: Sí____ No____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Género: F____ M____
Calle Número Colonia Municipio

Teléfono (1): _____ Teléfono (2): _____

Estado Civil: Soltero(a)____ Casado(a)____ Unión Libre____ Viudo(a)____
Separado(a)____ Divorciado(a)____

Años Estudio: _____

Vive con: Pareja____ Hijos____ Pareja e Hijos____ Padres____ Nadie____
Otro _____

Ha tenido algún cambio en la situación de vivienda a partir de su papel de cuidador:

Sí____ No____

Si la respuesta es "Sí" ¿En qué aspecto cambió? : _____

Trabaja: Sí____ No____

Situación Laboral: Empleado____ Desempleado____ Incapacitado____ Jubilado____
Retiro por enfermedad____ Otra _____

Ha tenido algún cambio en la situación de trabajo a partir de su papel de cuidador: Sí____

No____

Si la respuesta es "Sí" ¿En qué aspecto cambió? : _____

Religión: Sí____ No____

Ingreso Mensual: \$ _____

Presenta alguna enfermedad crónica: Sí____ No____

Si la respuesta es "Sí" ¿Cuál? : _____

Presenta alguna discapacidad: Sí____ No____

Relación que tiene con el paciente: Padre o Madre____ Hijo(a) ____ Pareja____
Amigo(a) ____ Otro____

Horas por día que le dedica al paciente: ____

Días por semana que le dedica al paciente: ____

Recibe ayuda de otros para cuidar al paciente: Sí____ No____

Datos en relación al paciente a cuidar

Diagnóstico de cáncer de mama: Sí____ No____

Tratamiento: Cirugía____ Quimioterapia____ Radioterapia____ Quimioterapia y
Radioterapia____

Fecha de Cirugía: _____ **Fecha de Inicio de 1ª Ciclo de Quimioterapia:** _____

Estadio del cáncer: I____ II____ III____ IV____

Hospital al que acude: _____

A continuación se encuentra una lista de afirmaciones que personas que cuidan a sus seres queridos con cáncer han indicado que son importantes. Favor de señalar con un círculo el número que usted considere más adecuado de acuerdo a su vivencia con su ser querido durante los últimos 7 días.	Nada	Un Poco	Algo	Bastante	Demasiado
CQ1. Me molesta que se altere mi rutina diaria	0	1	2	3	4
CQ2. Mis horas de sueño son menos reparadoras (reconfortantes)*	0	1	2	3	4
CQ3. Mi vida diaria se ha convertido en una carga	0	1	2	3	4
CQ4. Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual	0	1	2	3	4
CQ5. Es difícil seguir con mis pasatiempos	0	1	2	3	4
CQ6. Tengo problemas económicos	0	1	2	3	4
CQ7. Estoy preocupado(a) por la cobertura de mi seguro de gastos médicos	0	1	2	3	4
CQ8. Mi futuro económico es inseguro	0	1	2	3	4
CQ9. Tengo miedo de que se muera mi ser querido	0	1	2	3	4
CQ10. Tengo un punto de vista más positivo hacia la vida desde que inició la enfermedad de mi ser querido	0	1	2	3	4
CQ11. Mi nivel de estrés y de preocupación ha aumentado	0	1	2	3	4
CQ12. Mi espiritualidad ha aumentado	0	1	2	3	4
CQ13. Me molesta limitar mi vida cotidiana	0	1	2	3	4
CQ14. Me siento triste	0	1	2	3	4
CQ15. Me siento con mayor tensión (cansancio) mental	0	1	2	3	4
CQ16. Recibo apoyo de mis amigos y vecinos	0	1	2	3	4
CQ17. Me siento culpable	0	1	2	3	4
CQ18. Me siento frustrado(a)	0	1	2	3	4
CQ19. Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
CQ20. Me preocupa el impacto que tenga la enfermedad de mi ser querido en mis hijos u otros miembros de la familia	0	1	2	3	4
CQ21. Tengo dificultad para lidiar con la dieta de mi ser querido	0	1	2	3	4
CQ22. He desarrollado una relación más íntima con mi ser querido	0	1	2	3	4
CQ23. Me siento informado(a) en forma adecuada acerca de la enfermedad de mi ser querido	0	1	2	3	4
CQ24. Me molesta que necesito estar disponible para llevar a mi ser querido a las citas médicas	0	1	2	3	4
CQ25. Temo los efectos secundarios del tratamiento en mi ser querido	0	1	2	3	4

A continuación se encuentra una lista de afirmaciones que personas que cuidan a sus seres queridos con cáncer han indicado que son importantes. Favor de señalar con un círculo el número que usted considere más adecuado de acuerdo a su vivencia con su ser querido durante los últimos 7 días.	Nada	Un Poco	Algo	Bastante	Demasiado
CQ26. La responsabilidad que tengo para el cuidado de mi ser querido en casa es agobiante	0	1	2	3	4
CQ27. Estoy contento(a) por enfocarme en la recuperación de mi ser querido	0	1	2	3	4
CQ28. La comunicación familiar se ha incrementado	0	1	2	3	4
CQ29. Me molesta que mis prioridades han cambiado	0	1	2	3	4
CQ30. La necesidad de proteger a mi ser querido me molesta	0	1	2	3	4
CQ31. Me molesta ver el deterioro en mi ser querido	0	1	2	3	4
CQ32. La necesidad de manejar el dolor de mi ser querido es agobiante	0	1	2	3	4
CQ33. Estoy desanimado respecto al futuro	0	1	2	3	4
CQ34. Estoy satisfecho(a) con el apoyo que recibo de mi familia	0	1	2	3	4
CQ35. Me molesta que los otros miembros de la familia no han mostrado ningún interés en cuidar a mi ser querido	0	1	2	3	4

Lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy				
AD1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)	3. Todos los días	2. Muchas veces	1. A veces	0. Nunca
AD2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	0. Como siempre	1. No tanto como antes	2. Solo un poco	3. Nunca
AD3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder	3. La mayoría de las veces	2. Con bastante frecuencia	1. A veces, aunque no muy a menudo	0. Solo en ocasiones
AD4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	0. Igual que siempre	1. A veces	2. Casi Nunca	3. Nunca
AD5. Tengo mi mente llena de preocupaciones	3. La mayoría de las veces	2. Con bastante frecuencia	1. A veces, aunque no muy a menudo	0. Solo en ocasiones
AD6. Me siento alegre	0. Casi siempre	1. A veces	2. No muy a menudo	3. Nunca
AD7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago	0. Nunca	1. En ciertas ocasiones	2. Con bastante frecuencia	3. Muy a menudo
AD8. He perdido el interés en mi aspecto personal	3. Totalmente	2. No me preocupo tanto como debería	1. Podría tener un poco más de cuidado	0. Me preocupa igual que siempre
AD9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera para de moverme	3. Mucho	2. Bastante	1. Poco	0. Nada
AD10. Me siento optimista respecto al futuro	0. Igual como siempre	1. Menos de lo acostumbrado	2. Mucho menos de lo acostumbrado	3. Nada
AD11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	3. Siempre	2. Muy a menudo	1. No muy a menudo	0. Nunca
AD12. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión	0. A menudo	1. A veces	2. No muy a menudo	3. Rara vez

Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada:		Sí	Parece que sí	Parece que No	No
O1.	La esperanza compensa lo peor	1	2	3	4
O2.	Hay soluciones para los problemas	1	2	3	4
O3.	El ser humano es bueno	1	2	3	4
O4.	El hombre nace bueno	1	2	3	4
O5.	La vida es Hermosa	1	2	3	4
O6.	Ahora el mundo es mejor que antes	1	2	3	4
O7.	Nos espera un buen futuro	1	2	3	4
O8.	La vida es Buena	1	2	3	4
O9.	Le ha ido bien en la vida	1	2	3	4
O10.	Se puede confiar en los demás	1	2	3	4

Lea cada frase y marque con un círculo la opción (número) que mejor se describa cómo se sintió durante la semana pasada.	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
ESC1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda del que realmente necesita?	1	2	3	4	5
ESC2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	1	2	3	4	5
ESC3. ¿Se siente tenso(a) cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	1	2	3	4	5
ESC4. ¿Se siente avergonzado(a) por la conducta de su familiar?	1	2	3	4	5
ESC5. ¿Se siente enfadado(a) cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
ESC6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa su relación con amigos y otros miembros de su familia?	1	2	3	4	5
ESC7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	1	2	3	4	5
ESC8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	1	2	3	4	5
ESC9. ¿Se siente agobiado(a) cuando tiene que estar junto a su familiar?	1	2	3	4	5
ESC10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
ESC11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	1	2	3	4	5
ESC12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
ESC13. ¿Se siente incómodo(a) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	1	2	3	4	5
ESC14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	1	2	3	4	5
ESC15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
ESC16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
ESC17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	1	2	3	4	5
ESC18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	1	2	3	4	5
ESC19. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	1	2	3	4	5

Lea cada frase y marque con un círculo la opción (número) que mejor se describa cómo se sintió durante la semana pasada.	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
ESC20. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que hace?	1	2	3	4	5
ESC21. En general: ¿Se siente muy sobrecargado(a) por tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5

ANEXO 3

INSTRUMENTOS PARA PACIENTE

N°

Favor de escribir o colocar una marca $\sqrt{}$ según sea el caso, en la categoría que usted elija de acuerdo a sus características. Los datos serán tratados de manera confidencial.

Diagnosticado de cáncer mama: Sí____ No____

Antecedentes de trastorno psiquiátrico o neuropsicológicos actuales: Sí____ No____

Se encuentra en Intervención Psicológica: Sí____ No____

Diagnóstico de cáncer previo al actual: Sí____ No____

Estadio del cáncer: I____ II____ III____ IV____

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____
Calle Número Colonia Municipio

Teléfono (1): _____ **Teléfono (2):** _____

Tratamiento: Cirugía____ Quimioterapia____ Radioterapia____ Quimioterapia y Radioterapia____

Fecha de Cirugía: _____ **Fecha de Inicio de 1º Ciclo de Quimioterapia:** _____

Hospital al que acude: _____

Estado Civil: Soltero(a)____ Casado(a)____ Unión Libre____ Viudo(a)____
Separado(a)____ Divorciado(a)____

Años Estudio: _____

Vive con: Pareja____ Hijos____ Pareja e Hijos____ Padres____ Nadie____
Otro _____

Trabaja: Sí____ No____

Situación Laboral: Empleado____ Desempleado____ Incapacitado____ Jubilado____
Retiro por enfermedad____ Otra _____

Religión: Sí____ No____

Ingreso Mensual: \$ _____

Presenta alguna enfermedad crónica: Sí____ No____

Si la respuesta es "Sí" **¿Cuál?:** _____

Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada:		Sí	Parece que sí	Parece que No	No
O1.	La esperanza compensa lo peor	1	2	3	4
O2.	Hay soluciones para los problemas	1	2	3	4
O3.	El ser humano es bueno	1	2	3	4
O4.	El hombre nace bueno	1	2	3	4
O5.	La vida es Hermosa	1	2	3	4
O6.	Ahora el mundo es mejor que antes	1	2	3	4
O7.	Nos espera un buen futuro	1	2	3	4
O8.	La vida es Buena	1	2	3	4
O9.	Le ha ido bien en la vida	1	2	3	4
O10.	Se puede confiar en los demás	1	2	3	4

Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada:	mucho menos de lo que lo deseo	Menos de lo que lo deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
AS1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
AS2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
AS3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
AS4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
AS5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
AS6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
AS7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
AS8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
AS9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
AS10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
AS11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

Lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy

AD1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)	3. Todos los días	2. Muchas veces	1. A veces	0. Nunca
AD2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	0. Como siempre	1. No tanto como antes	2. Solo un poco	3. Nunca
AD3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder	3. La mayoría de las veces	2. Con bastante frecuencia	1. A veces, aunque no muy a menudo	0. Solo en ocasiones
AD4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	0. Igual que siempre	1. A veces	2. Casi Nunca	3. Nunca
AD5. Tengo mi mente llena de preocupaciones	3. La mayoría de las veces	2. Con bastante frecuencia	1. A veces, aunque no muy a menudo	0. Solo en ocasiones
AD6. Me siento alegre	0. Casi siempre	1. A veces	2. No muy a menudo	3. Nunca
AD7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago	0. Nunca	1. En ciertas ocasiones	2. Con bastante frecuencia	3. Muy a menudo
AD8. He perdido el interés en mi aspecto personal	3. Totalmente	2. No me preocupo tanto como debería	1. Podría tener un poco más de cuidado	0. Me preocupa igual que siempre
AD9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera para de moverme	3. Mucho	2. Bastante	1. Poco	0. Nada
AD10. Me siento optimista respecto al futuro	0. Igual como siempre	1. Menos de lo acostumbrado	2. Mucho menos de lo acostumbrado	3. Nada
AD11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	3. Siempre	2. Muy a menudo	1. No muy a menudo	0. Nunca
AD12. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión	0. A menudo	1. A veces	2. No muy a menudo	3. Rara vez